RokL XII. Kraków 20 Czerwca 1903. Nr. 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chorób wewnętrznych wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

Rzadki przypadek zatoru tętnicy głównej w przebiegu duru brzusznego.

Podał

Dr. med. Zenon Orłowski,

ordynator kliniki.

Zator tętnicy głównej występuje tak rzadko, że każdy nowy przypadek zasługuje na szczegółowy opis, gdyż tylko tą drogą dojdzie się do dokładnego zbadania patogenezy i klinicznego obrazu tej sprawy chorobowej. Wychodząc z tego założenia, podaję opis przypadku zatoru tętnicy głównej, który miałem możność spostrzegać w przebiegu duru brzusznego.

D. 25 lutego 1902 r. przybył do kliniki lekarskiej *W...k*, liczący lat 22, użalając się na ogólne osłabienie, ból głowy i gorączkę. Zachorował przed 4 dniami. Przy badaniu nie znalazłem żadnych zmian osobliwych oprócz podniesionej ciepłoty (39,2° C.) i rozwolnionego stolca. W dniach następnych ciepłota utrzymywała się ciągle podniesioną o torze stałym.

D. 2/III wśród wysokiej ciep. wystąpiła na skórze tułowia różyczka i stwierdzono obrzmienie śledziony, jednocześnie wystąpił ogólny stan durowy. Nie ulegało więc wątpliwości, że chory zapadł na dur brzuszny. W dalszym przebiegu występował głównie na pierwszy plan ciężki stan durowy. Tętno było wciąż miarowe, 100—115 na minutę tony serca czyste; ciepłota wynosiła 39°—40° C.

9/III (15-ty dzień choroby). Ciepłota 40--39·6° (wiecz.), tętno 110, prawidłowe, o słabem napięciu; granice przytłumienia serca nie zmienione. Ciężki stan durowy trwa dalej. Chory skarży się na silną bolesność brzucha przy obmacywaniu podbrzusza w linii środkowej; brzuch wzdęty, stolców 2 dziennie. O godzinie $4^1/_2$ popołudniu wystąpiły nagle wstrząsające dreszcze, chory posiniał, tętno stało się bardzo przyśpieszone, przeszło 150 na minutę, ledwo wyczuwalne. Podobne napady powtórzyły się jeszcze o godzinie 6-tej i 9-tej wieczorem. Czynność serca podniecono kamforą, lecz jednocześnie wystąpiły silne bole w obydwóch kończynach, którym towarzyszyło uczucie mrowienia i zlodowacenia.

10/III. Chory przytomniejszy, tylko skarży się na zupełny bezwład obydwu kończyn dolnych. Kończyna lewa, a w znacznie mniejszym stopniu prawa, zimna i blado-sina, zwłaszcza w części udowej; w kończynie lewej liczne wynaczynienia wzdłuż żyły podskórnej odgoleniowej; odruchy skorne i ścięgniste na obydwu kończynach, również czucie skórne — zniesione; tętno w tętnicach udowych nie wyczuwalne wcale; w pachwinie lewej wyczuwa się nadzwyczaj bolesny sznurek na przestrzeni 5—6 ctm. Brzuch wzdęty, tkliwy, zwłaszcza niżej pępka w okolicy wzgórka *(promontorium)* w linii środkowej. Śledziona bardzo bolesna; tętno 114, miarowe, aczkolwiek bardzo słabe; tony serca nadzwyczaj głuche. Cewnikiem wydobyto z pęcherza 220 ctm. sz. moczu, zabarwionego na czerwono od znacznej domieszki krwi. Stolec nastąpił po lewatywie. Ciepłota 38,4° C —38,3° C.

11/III. Chory przytomny, uskarża się na bole w dolnej części brzucha. Stopa lewa i dolna $^1/_3$ goleni lewej zupełnie zimne, bardzo blade; wyżej sinica. Stopa prawa i goleń mniej zimne i mniej blade; tętna w tętnicach obwodowych wciąż wyczuć nie można. Tętno 122, słabe. Stolec 1 po lewatywie. Moczu wydobyto cewnikiem w ciągu doby 800 ctm. sz. o ciężarze właściwym 1,019. Ciepłota 38.4°—38,3° C.

12/III. Tętno 126, bardzo słabe. Wynaczynienia w okolicy udowej po stronie lewej znacznie większe; udo prawe daleko cieplejsze, niż dnia poprzedniego. Ciepłota 38,6—38,1° C.

O godzinie 3-ciej po południu wystąpiły objawy obrzęku płuc, a o godzinie 4-tej 35 minut z rana 13/III chory skończył życie.

Z wyżej w krótkości opisanego przebiegu choroby widzimy, że u chorego nagle powstały w 15-tym dniu choroby silne bole w obydwu kończynach dolnych, następnie zupełny bezwład czuciowy i ruchowy kończyn dolnych; było więc oczywistem, że dopływ krwi do obydwu kończyn dolnych ustał odrazu i jednocześnie; wszystko to przemawiało za zamknięciem światła naczynia, wspólnego dla obydwóch kończyn, t. j. tętnicy głównej. Miejsce zatkania tętnicy należało przypuszczać w dolnej jej części, przynajmniej niżej odejścia dolnej tętnicy krezkowej, gdyż nie było żadnych objawów ze strony jelit, które zwykle towarzyszą zamknięciu światła tego naczynia. Należało przypuszczać zatkanie i niżej położonych naczyń do tętnic udowych, za czem przemawiał brak tętnienia w tych tętnicach i wyczuwaluy w kształcie bardzo bolesnego sznurka zakrzep po stronie lewej. Nagłe wystąpienie wszystkich tych zjawisk wskazywało na to, że mieliśmy do czynienia z zatorem tętnicy, nie zaś z zakrzepem. Uznawaliśmy więc w naszym przypadku zator tętnicy głównej z zakrzepami w tętnicach niżej leżących; zakrzep w lewej tętnicy udowej schodził niżej więzadła Pouparta, w prawej zaś kończył się nieco ponad niem.

Pozostawało jeszcze do rozwiązania pytanie, jaka okoliczność spowodowała w naszym przypadku zator tętnicy głównej? Dawniejsi klinicyści (Griesinger, Liebermeister) tłómaczyli powstanie zakrzepów i zatorów w durze brzusznym osłabioną czynnością serca i uznawali te zakrzepy za „marantyczne". W nowszych czasach większość klinicystów dopatruje przyczyny tych powikłań w zapaleniu śródsierdzia, występującem często w przebiegu duru brzusznego, jak to wykazali Stokes, Hayem, Potain i inni[1]). Znamienną cechą omawianych zatorów jest ich mnogość i jednoczesne występowanie w różnych częściach układu tętniczego. Leyden[2]) wbrew przytoczonym zapatrywaniom większości klinicystów sądzi, że samem tylko zapaleniem śródsierdzia nie można wytłómaczyć tworzenia się zakrzepów. Zaznacza on, że zatory trafiają się i w innych ostrych chorobach zakaźnych, przebiegających czasami nader łagodnie, bez żadnych powikłań ze strony serca; występują one zwykle w późnych okresach choroby, lub nawet podczas zdrowienia. Prof. Leyden tłómaczy te przypadki zwiększonym rozpadem krwinek białych, których liczba znacznie się zwiększa podczas choroby i zmniejsza się w okresie zdrowienia. Wsku-

tek tego we krwi nagromadzają się wytwory rozpadu, które mogą, według jego zdania, sprzyjać krzepnięciu krwi

Wątpić jednak należy, ażeby takie zapatrywanie można było zastosować do wszystkich chorób zakaźnych, przedewszystkiem zaś do duru brzusznego lub odry, którym, jak wiadomo, towarzyszy hipoleukocytoza (Ehrlich). Tworzeniu się zatorów, względnie zakrzepów, w przebiegu duru brzusznego sprzyjają bardzo sprawy zapalne w tętnicach, opisane przeważnie przez badaczy francuskich (Taupin, Vulpian, Landouzy, Barié i inni). Sprawy zapalne występują najczęściej w tętnicach o rozmiarach drobnych, lub średnich, jakkolwiek nieraz ulegają im i duże naczynia; najczęściej schorzenie to występuje w tętnicy prawej kończyny dolnej, zwłaszcza w tętnicy goleniowej tylnej. Zapalne te sprawy w tętnicach występują zwykle w późnym okresie duru brzusznego. Zwracając się teraz do naszego przypadku, musimy przyznać, że zapalenie śródsierdzia, aczkolwiek i w słabym stopniu, nie ulegało wątpliwości; oprócz tego można było podejrzywać zapalenie tętnicy głównej zstępującej, na co wskazywała silna bolesność w środkowej linii podbrzusza. Za przyczynę więc zatoru w naszym przypadku można było przyjąć utworzenie podczas zapadu zakrzepu w sercu wskutek sprawy zapalnej w śródsierdziu. Gdy następnie czynność serca wzmogła się, zakrzep przemknął do tętnicy głównej i zatrzymał się w dolnej jej części wskutek zapalenia wewnętrznej warstwy *(intimae)* tętniczej w tem miejscu, lub wprost dlatego, że był za duży względem światła naczynia.

Przechodzę teraz do protokółu sekcyi, która była wykonana dnia 14-go marca przez prosektora kolegę Korowina: Zwłoki mężczyzny wzrostu średniego. Czaszka o typie średniomiarowym (mesocefalicznym); kości sklepienia czaszki miernej grubości; opona twarda grubości prawidłowej, w krew bardzo zasobna, miernie napięta. Opona miękka nieco obrzękła, oddziela się od mózgowia; naczynia jej przepełnione krwią. Komory boczne zawierają około łyżeczki od kawy płynu przejrzystego. Substancya mózgowia miernie zbita, obfituje w krew, nieco obrzękła. Naczynia podstawowe mózgu bez żadnych zboczeń. W worku osierdziowym około dwóch łyżek stołowych płynu przejrzystego, barwy żółtawej. Długość serca 10 ctm., szerokość 10,5 ctm. Zastawki i ujścia nie przedstawiają zmian. W koniuszku serca skrzep wielkości gołębiego jaja, zabarwiony brunatno; skrzep trzyma się na szypule między beleczkami; oprócz niego w lewej komorze znajduje się jeszcze kilka skrzepów wielkości ziarnka grochu. Mięsień sercowy zwiotczały, szarobrunatny. Grubość ściany komórki prawej 3, lewej 9 mm.

Jamy opłucnowe płynu nie zawierają. Płuca wolne, tkanka ich obfituje w krew, obrzękła, wszędzie powietrzna. Błona śluzowa oskrzeli nieco przekrwiona. Gruczoły zaoskrzelowe wielkości miernej, barwy szarołupkowej; śledziona nieco powiększona, zwiotczała, barwy blado-czerwonej z odcieniem brunatnym; przy brzegu tylno-dolnym zawał wielkości jaja gołębiego, barwy żółtawej; miazga zeskrobuje się w znacznej ilości; beleczki ledwie widoczne. Nerki nieco powiększone, torebka schodzi z łatwością; miąższ wiotki, barwy szarawej; nerka lewa miejscami pokryta zawałami barwy ciemno-czerwonej i żółtawej, wielkości od ziarnka grochu do orzecha włoskiego. Drogi moczowe zboczeń nie przedstawiają. Wątroba miernych rozmiarów, miąższ jej wiotki, barwy szarawo-gliniastej; granice zrazików zamazane. Torebka pokryta drobnemi wybroczynami. Przewody żółciowe bez zmian. Błona śluzowa żołądka pokryta śluzem, nieco zabarwiona na szaro-łupkowo. W dolnej części jelita biodrowego na przestrzeni 1 metra i w jelicie ślepem — kępki Peyera i pojedyncze grudki obrzmiałe; na niektórych z nich drobne owrzodzenia. Gruczoły krezkowe nieco powiększone i przekrwione. Dolny koniec tętnicy głównej na przestrzeni 3 ctm., obydwie tętnice biodrowe wspólne, wewnętrzne i zewnętrzne, tętnica podbrzuszna i lewa tętnica udowa na całej przestrzeni do wyjścia z niej tętnicy udowej głębokiej i na 3 ctm. niżej, dalej tętnica udowa głęboka na przestrzeni 4 ctm., tętnica sromna wspólna lewa i zewnętrzna połowa tętnicy nerkowej lewej są zupełnie wypełnione skrzepami barwy brunatno-czerwonej. Tętnica główna nieco węższa, średnica dolnej jej części równa jest średnicy małego palca; na błonie wewnętrznej gdzieniegdzie zmiany miażdżycowe. Trzustka obfituje w krew. Rozpoznanie: *Typhus abdominalis. Infarctus lienis et renis sinistri. Thrombus partis inferioris aortae, aa. hypogastricarum, iliacarum ext. et inter., art. pudendae communis sinistrae art. femoralis sinistrae, art. profundae femoris sinistrae et art renalis sinistrae. Thrombus parietalis ventriculi cordis sinistri.*

Sekcya więc potwierdziła rozpoznanie zatoru tętnicy głównej i wykazała, że przyczyną jego był zakrzep w komorze lewej, który się utworzył podczas osłabienia czynności serca, dotkniętego zapaleniem śródsierdzia. Zatrzymaniu się zakrzepu sprzyjała ta okoliczność, że dolna część tętnicy głównej zstępującej była nadzwyczaj wązką.

Przypadek nasz jest interesujący i z tego względu, że zator i zakrzep (w sercu) utworzyły się stosunkowo wcześnie, mianowicie w 15-tym dniu choroby, gdy zwykle zatory w chorobach zakaźnych rozwijają się daleko później, nawet w okresie zdrowienia chorego. Okoliczność ta wyróżnia nasz przypadek od jedynego dotąd opisanego przypadku zatoru tętnicy głównej w durze brzusznym, spostrzeganego przez Forguesa[3]), w którym zator rozwinął się w 44-tym dniu choroby, gdy chory był już uważany za wyleczonego.

Zamknięcie światła tętnicy głównej jest sprawą bardzo rzadką: najczęściej usadawia się u podziału tej tętnicy na tętnice biodrowe. Zatkanie tętnicy występuje tu przeważnie wskutek zatoru i tylko niekiedy wskutek zakrzepu. Podobnych przypadków zatoru tętnicy głównej dotychczas naliczamy w piśmiennictwie około 35: Th. Goodissona[4]), Romberga[5]), Lebreta[6]), Benneta[7]), Simpsona[7]), Legrouxa[8]), Gulla[7]), van Brownego[9]), Gnadfellowa[10]), Hulkego[7]), Virchowa[7]), Hjelta[7]), Pozziego[10]), Pollacka[7]), Futschoka[12]), Chvosteka[13]), Lauensteina[14]) (2 przyp.), Bariégo[15]), Desnosa[16]), Forguesa[3]), Deroyera[17]), Bariéa i du Castela[18]), Boccheriniego[7]), Cammareriego[7]), Pricea (dwa przyp.)[19]), Seltera[7]), Bella[20]), Jürgensa[21]), Helhinga[22]), Charriera i Aperta[23]), Heiligenthala[9]), Bührera (2 przyp.[24]) — razem więc z naszym przypadkiem 36. W znacznej większości przypadków zator tętnicy głównej wikła choroby serca, zwłaszcza zaś zwężenie lewego ujścia żylnego. Istotnie na 36 spostrzeganych przypadków 21 dotyczy chorób serca, w tej liczbie 13 zwężeń lewego ujścia żylnego; reszta 8 przypadków odnosi się do zapalenia śródsierdzia, wsierdzia, tętniaka tętnicy głównej i wre-

szcie najrzadziej w tej etyologii spotykamy miażdżycę tętnic (w której częściej się zdarzają zakrzepy). Po schorzeniach serca drugie miejsce zajmują ostre choroby zakaźne, mianowicie: 2 przypadki w durze brzusznym, 2 w róży, 1 w zapaleniu płuc włóknikowem, 2 w posocznicy popołogowej, 1 w posocznicy pooperacyjnej; wreszcie ostatnie miejsce zajmują nowotwory, zapalenie nerek i t. d. W 4 przypadkach (Gall, Chvostek, Derayer, Bell) sekcyi nie wykonano; tam, gdzie ona odbyła się, w sercu znaleziono zakrzepy. Na podstawie wszystkich dotąd znanych 36 przypadków kliniczny obraz choroby przedstawia się, jak następuje: nagle i jednocześnie występują w obydwu kończynach, a czasami i w miednicy silne bóle, z którymi prawie jednocześnie pojawia się obustronne porażenie czuciowe i ruchowe; objawy te niekiedy poprzedza przeczulica, uczucie mrowienia, zimna w kończynach i drgawki. Przy badaniu chorego uderza oprócz obustronnego porażenia bladość kończyn dolnych i sine plamy, występujące często na biodrach i goleniach. Ciepłota kończyn dolnych spada do 20—22° C. Obrzęku może nie być, jeżeli sprawa nie wikła się z zamknięciem światła żył, najczęściej żyły udowej, lub podskórnej odgoleniowej. Tętnienie w tętnicach kończyn dolnych znika zupełnie. W rzadkich przypadkach, jak to było i w naszym, tętnica udowa wyczuwa się w kształcie nadzwyczaj bolesnego powrózka, zwłaszcza po stronie lewej, po której zakrzep w większości przypadków rozprzestrzenia się daleko niżej, niż po stronie prawej; wskutek tego krążenie uboczne po stronie prawej rozwija się częściej. Odruchy skórne i ścięgniste znikają zupełnie; niekiedy występuje niemożność zatrzymania moczu i kału; zdarza się i naodwrót, że pęcherz wskutek porażenia mięśnia wypieracza moczu nie wypróżnia się. W znacznej większości przypadków światło tętnicy głównej zamyka się w samej części dolnej, niżej odejścia tętnicy krezkowej tak, że zakrzep zwykle zajmuje przestrzeń 3—6 ctm. Jeżeli zakrzep zamyka oprócz tego jeszcze światło i dolnej tętnicy krezkowej, to do wyżej opisanego obrazu klinicznego dołączają się objawy jelitowe, jak krew w stolcach i t. d. (przypadek Jürgensa[21]), Malbranca[25]).

Rozpoznanie zatoru tętnicy głównej nie jest trudne: różniczkowe rozpoznanie zatoru od zakrzepu polega na tem, że zakrzep rozwija się powoli tak, że nieraz zostaje nierozpoznanym; wszystkie objawy występują również pomału i stopniowo, porażenia mogą nawet nie wystąpić, jeśli wytworzy się krążenie uboczne (przypadki opisane przez Dupoya[26]), Duncana[27]), Leydena[28]) i t. d.).

Rokowanie w zatorze tętnicy głównej jest bardzo poważne, gdyż sprowadza on szybko zgorzel jednej lub obydwu kończyn. Jeżeli zator nie wikła się z zatkaniem żył, zgorzel przebiega bez obrzmienia kończyn. Zejście śmiertelne następuje w różnych okresach czasu, od 24 godzin do kilku miesięcy (w przypadkach Boccheriniego po $2^1/_2$ miesiącach; w przypadkach Seltersa po 6-ciu miesiącach). Szybki przebieg sprawy tłómaczy się tą okolicznością, że zator rozwija się najczęściej w tym okresie, w którym serce jest już osłabione, jako następstwo tej lub innej przyczyny chorobowej; wskutek tego serce nie jest w stanie pokonać nowej przeszkody i krwiobieg nie może rozwinąć się z należytą szybkością. W piśmiennictwie dotychczas są opisane zaledwie dwa przypadki Gulla[7]) i Chvosteka[13]), w których krwiobieg uboczny rozwinął się w dostatecznym stopniu i chorzy wyzdrowieli. Krążenie krwi rozwija się najczęściej przez tętnicę sutkową wewnętrzną i tętnicę nadbrzuszną dolną, dalej przez tętnicę biodrowo-lędźwiową i tętnicę okrążającą biodra. W tych przypadkach tętnica sutkowa wewnętrzna i tętnica nadbrzuszna dolna rozszerzają się znacznie i tętnią wyraźnie (przypadki Pawera[29]), Jeana[30]), Berand-Jordana[31]), Charriera i Aperta[23]) etc.). W naszym przypadku krwiobieg okolny widocznie zaczął się rozwijać na kończynie prawej; tem tłómaczy się ta okoliczność, że kończyna ta już nazajutrz po zatorze była znacznie cieplejszą.

Leczenie zataru tętnicy głównej jest objawowe (środki kojące i podniecające).

Ze zjawisk, towarzyszących zatorowi tętnicy głównej, zwraca na siebie uwagę porażenie obustronne *(paraplegia)*. Pierwszy Stenson[32]) na podstawie doświadczeń, dokonanych na „canis carcharia“, wygłosił w roku 1667 zdanie, że przyczyną porażenia obustronnego jest niedokrewność rdzenia kręgowego. Wbrew temu poglądowi wygłosił Haller[32]) prawie o 100 lat później zdanie, że porażenie obustronne występuje wskutek niedokrewności mięśni i zakończeń nerwowych, nie zaś rdzenia pacierzowego. Kwestyę rozstrzygnęły ostatecznie nowsze badania drobnowidowe rdzenia, przeprowadzane przez Ehrlicha i Briegera, Heitera, Helbinga[22]) (jedyne badanie na człowieku) i wreszcie przez Pussépa[32]) na królikach. Badania te wykazały, że w rdzeniu pod wpływem zatkania tętnicy głównej bardzo szybko powstają znaczne zmiany, mianowicie rozpad włókien rogów przednich, przednich i przedniobocznych sznurów, pęczków móżdżku, pęczków Golla, zanik substancyi szarej itd. Zmiany te wywołują porażenia kończyn dolnych i zaburzenia czynności pęcherza moczowego, oraz kiszki prostej. Należy jednak zaznaczyć, że niektórzy klinicyści (Leyden, Selter, Jürgens, Heiligenthal, Bührer) pozostają dotychczas przy zapatrywaniu Hellera, uważając omawiane porażenia za powstające na drodze niedokrewności mięśni i zakończeń nerwowych.

Piśmiennictwo. 1) Brouardel i Thoinot: Dur brzuszny. Tłomaczenie rosyjskie, r. 1798. 2) Leyden: Deutsche medicinische Wochenschrift 1892, Nr. 45. 3) Forgues: Recueil de mémoires de medecine et de pharmacie militaires XXXVI, str. 387. 4) Th. Gaadissan: Według Meynarda: These de Paris 1883 r. 5) Romberg: Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen 1857. I, str. 722. 6) Lehret: Bulletin de la Societé anatomique de Paris, 1849, str. 138. 7) Według Seltera: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1791 r. XXXII str. 541. 8) Legroux: Gazette hebdomadaire, 1856 r., str. 772. 9) von Browne: Według Heiligenthala: Deutsche medicinische Wochenschrift, 1798 r. XXIV, Nr. 33. 10) Według Schmidt's Jahrbücher t. 131, str. 349 11) Pozzi: Bulletin de la Société anatomique, 1872). 12) Futschek: Według Virchow's Jahresbericht, 1873. 13) Chvostek: Allgemeine Wiener medicinische Zeitung, 1876. 14) Lauenstein: Deutsches Archiv für klinische Medicin, T. XVII u. XVIII. 15) Barré: Bulletin de la Société anatomique, 1876. 16) Desnos: Bulletin de l'Académie de medecine, 1876. 17) Derayer: Gazette des hôpitaux. 1881 r. 18) Barré et du Castel: Archives generales de médecine, 1881 r. 19) Price: Według Virchow's Jahresbericht. 1887 r. 20) Bell: *Ibidem*, 1896 r. 21) Jürgens: Münchener medicinische Wochenschrift, 1894. 22) Helbing: Deutsche medicinische Wochenschrift, 1896. 23) Charrier i Apert: Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1896. 24) Bührer: Münchener medicinische Wochenschrift, 1901 r. Nr. 15. 25) Malbrave: Deutsches Archiv für klinische Medicin, 1876 r. T. XVIII. 26) Dupuy: Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1872 r. 27) Według Barre et du Castel. 28) Leyden: Verein für innere Medicin, 19/XI 1896 r. 29) Rawer: Według Chvostka. 30) Jean: Bulletin de la Sociète anatomique de Paris, 1899 r. 31) Według Virchow's Jahresbericht 1890 r. 32) Według Pussepa. Newrologiczeskij Wiestnik, 1902 r. T. X, 2.

II. Z oddziału kiłowego polikliniki (Dr. Tatarczuch), kliniki dermatologicznej (Prof. Dr. Łukasiewicz) i zakładu higieny uniwersytetu (Prof. Dr. Bądzyński) we Lwowie.

Przyczynek do nauki o mleczomoczu *(Chyluria)*.

Podali

Dr. Leon Feuerstein i Dr. Kazimierz Panek.

(Dokończenie).

W pracy pod tyt. „Własności chemiczne i morfologiczne wysięków tłuszczowych“, ogłoszonej w Księdze jubileuszowej Dr. T. Dunina, wyprowadza Mutermilch[1]) na podstawie własnego przypadku i krytycznego rozbioru innych prac zasady, jakiemi powinniśmy się kierować w celu należytej oceny mlecznych płynów, otrzymanych z surowiczej jamy otrzewnej, opłucnej lub osierdziowej. Zasady te możemy zastosować z małemi zmianami i w naszym przypadku, gdzie chodzi o rozpoznanie natury moczu mlecznego.

Mutermilch przyjmuje Quinckego podział wysięków mlecznych na 1) *hydrops chylosus* i 2) *hydrops adiposus*. Podział ten posłużył później Senatorowi za podstawę do podziału moczów mlecznych na mleczomocz *(chyluria)* i tłuszczomocz *(adiposuria)*. *Hydrops chylosus* zawdzięcza swe pochodzenie wylewowi względnie przesiąkaniu mlecza z przewodu piersiowego lub naczyń chłonnych; *hydrops adiposus* jest wyrazem stłuszczenia morfologicznych pierwiastków wysięku. Różniczkowanie tych dwóch płynów opiera Quincke na obrazie drobnowidowym; późniejsi autorowie (Senator, Straus, Minkowski, Bargebuhr, Rotmann) uciekają się prócz tego i do rozbioru chemicznego, oraz wyniku doświadczeń nad przechodzeniem tłuszczów pokarmowych do płynów badanych.

Główne wyniki pracy Mutermilcha są następujące.

I) Obraz mikroskopowy: 1) Najbardziej charakterystyczną dla płynów mleczowych jest obecność drobniutkich ziarenek tłuszczowych, w postaci jakby pyłków, o żywych ruchach drobinowych. „Ziarenka większe znajdują się w ilości nadzwyczaj skąpej, a wyraźne kropelki tłuszczowe chyba tylko wyjątkowo“.

2) Ilość pierwiastków komórkowych jest bardzo skąpa.

3) Jakość pierwiastków komórkowych: limfocyty i pojedyncze krwinki czerwone.

II) Rozbiór chemiczny: 1) Ilościowe oznaczenie białka jest dla rozpoznania prawie bez znaczenia.

2) Bez znaczenia jest też oznaczenie cukru gronowego.

3) „Wejrzenie tłuszczu, jego punkt topliwości i temu podobne własności ogólne, zależne od rodzaju spożywanych pokarmów, nie dadzą się dotychczas zużytkować w interesującej nas kwestyi“.

4) Pierwszorzędne znaczenie ma oznaczanie tłuszczu w badaniach porównawczych, po dyecie zwykłej i tłuszczowej.

Większa część tych wniosków opiera się na zgodnych spostrzeżeniach licznych autorów; wolno nam tedy przyjąć je bez zastrzeżeń. Do reszty (I 3, II 2) powrócimy niżej, tu zaś zaznaczamy tylko, że zgadzają się one w zupełności z wynikami naszych badań.

Jeżeli zastosujemy skalę wymagań Mutermilcha do naszego przypadku, to przekonamy się, że badane przez nas mocze mleczne zawierają wszystkie cechy płynów mleczowych, zawdzięczających swe pochodzenie domieszce mlecza. Pod względem chemicznym wykazaliśmy stałą obecność białka i tłuszczu, a porównawcze ilościowe oznaczanie tłuszczu przekonało nas o szybkiem przechodzeniu tłuszczów pokarmowych do moczu. Pod względem drobnowidowym mocze nasze odpowiadają w zupełności obrazom, podanym przez Mutermilcha. Wykazują one nader dokładną zawiesinę tłuszczową, obecność licznych drobniutkich ziarenek tłuszczowych, wykonujących żywe ruchy drobinowe. Kwestyę jakości pierwiastków komórkowych stawia M. na pierwszym planie. Przyznając autorowi zupełną pod tym względem słuszność, musimy jednak zwrócić uwagę na to, że odnośnie do mleczomoczu kwestyę tę uwzględnił już częściowo, niezależnie od Mutermilcha, w r. 1900 Predtetschensky[8]), podnosząc, że ciałka białe, spotykane w jego przypadku, występowały jedynie jako limfocyty, i opierając na tem dowód pochodzenia ich nie z krwi, ale z naczyń i gruczołów limfatycznych. I w naszym przypadku (p. obraz drobnowidowy) ilość pierwiastków komórkowych była nad wyraz skąpa, a spotykane leukocyty były prawie wyłącznie limfocytami jednojądrzastymi.

Co się tyczy określenia cukru gronowego w płynach mlecznych, nie przywiązuje doń Mutermilch żadnego znaczenia, ponieważ: 1) wielokrotnie spostrzegano brak cukru w płynach mleczowych, a 2) obecność cukru nie mogłaby przemawiać za naturą mleczową płynów surowiczych, chociaż „zawartość cukru w mleczu jest taka, jak i w limfie, t. j. wynosi 0,1—0,2%“, a to dla tego, że podług najnowszych badań i zwykłe przesięki i wysięki zawierają cukier, a więc i w stłuszczonych wysiękach można oczekiwać obecności cukru.

Z innego stanowiska wychodzą w tej sprawie autorowie, zajmujący się mleczomoczem. We wszystkich przypadkach mleczomoczu, dotychczas opisanych, stwierdzono brak cukru, z wyjątkiem nielicznych, w których obok mleczomoczu rozwiniętą była i cukrzyca. (John Haddon, A. Morison, S. O. Habersohn, przytoczone podług Koberta[11]).

Ponieważ powszechnie przyjmowano, że cukier jest stałym składnikiem limfy i mlecza, brak cukru w mleczomoczu zdawał się być najwyraźniejszym dowodem przeciw przypuszczeniu, jakoby mleczomocz polegał na mięszaninie limfy, czy mlecza z moczem. Podkreśla to stale Senator, a podczas ciekawej dyskusyi, jaka się wywiązała na ten temat w berlińskiem Towarzystwie lekarskiem w roku 1884 (z okazyi przedstawienia przez Siegmunda przypadku mleczomoczu) i Virchow podnosi brak cukru, jako dowód przeciw powyższemu przypuszczeniu[5]).

Chronologicznie przedostatnia praca o mleczomoczu Predtetschenskyego przyjmuje powyższą teoryę, ale przyznaje, że następni badacze muszą wytłómaczyć ów zagadkowy brak cukru w moczach mleczowych. I inni dawniejsi zwolennicy mleczowej teoryi albo pomijają sprawę braku cukru milczeniem, albo składają broń wobec trudności tego problematu. Jedynie Grimm[12]), a w ostatnich czasach Slosse[13]), zwolennicy mleczowego pochodzenia mleczomoczu, kują broń z braku cukru przeciw przeciwnikom owej teoryi: „......*es ist dies insoferne von Bedeutung, als auch im Chylus kein Zucker vorhanden ist, während er sich in wohl nachweisbaren Mengen in der Lymphe findet*“. I byłaby to

broń poważna, gdyby przytoczone zdanie Grimma nie było — z palca wyssanem. O ile nam przynajmniej wiadomo, nic nie upoważniało go do stanowczego orzekania, że w mleczu niema cukru. Z drugiej jednak strony musimy podnieść, że sprawa obecności cukru w mleczu przez długi czas rozmaicie była przez fizyologów rozstrzygana. Jeszcze Beaunis [14]) w klasycznem swem dziele z roku 1888 pisze: „*La presence de la glycose a donné lieu à des nombreuses discussions: suivant les uns elle y existerait toujours, quelque soit le mode d'alimentation; suivant d'autres elle ne rencontrerait que dans les cas d'alimentation feculante et son proportion serait exactement en rapport avec la quantité de cette alimentation*". Ale doświadczenia na zwierzętach C. Ludwiga, Zawilskiego, Mehringa i Ginsberga, oraz spostrzeżenia Munka i Rosensteina [4]) na przetoce mleczowej u człowieka dowiodły, że: 1) w mleczu stale znajduje się cukier gronowy (około 2%) i 2) że ilość cukru w mleczu w ogólności niezależną jest od dyety; tylko, jeżeli wraz z podaniem dużych dawek cukru jednocześnie podamy zwierzętom zwiększoną ilość płynów (wody), znajdziemy w mleczu zwiększone wydzielanie się cukru (około 0·5%).

Wobec tych wyników prac sumiennych i doświadczonych badaczy, — nie wolno nam już dzisiaj wątpić w obecność cukru gronowego w świeżym mleczu, i musimy zastanowić się nad pytaniem, czy możliwem jest, aby mleczomocz polegał na mięszaninie mlecza z moczem, skoro w mięszaninie tej nigdy cukier nie występuje. Otóż jeżeli uwzględnimy, że wielokrotnie spostrzegano w płynach niewątpliwie mleczowego pochodzenia (wylewy mlecza do jam surowiczych wskutek pęknięcia pod wpływem urazu, lub guzów, ścianek przewodu piersiowego), brak cukru gronowego, pozostanie nam raczej rozstrzygnąć kwestyę, dlaczego cukier nie daje się wykryć w mleczowych płynach, niż podawać w wątpliwość zkądinąd nie ulegającą wątpliwości teoryę.

Brak cukru w mleczowych płynach starano się też wytłómaczyć w rozmaity sposób.

Z tłómaczeń tych najbardziej może zasługuje na uwagę przypuszczenie, które przytaczamy za Mutermilchem podług Richeta, obecności glikolitycznego fermentu, dzięki któremu cukier szybko znika przy zwykłej ciepłocie. Dla jam surowiczych wydaje się nam też bardzo prawdopodobnem objaśnienie Bayera [1]). Sądzi on, że w razie dłuższego istnienia wylanego płynu mleczowego w jamach surowiczych cukier może uledz wessaniu, ponieważ jamy te znajdują się w bezpośredniej komunikacyi z naczyniami limfatycznemi, a w jamie otrzewnej mogą prócz tego brać udział w wessaniu korzenie żyły bramnej.

Rozpatrzmy z kolei i inne zarzuty, podnoszone przeciw tej teoryi. Najważniejsze z nich zestawił Goetze [15]), a po części i Wolff [16]). Autorowie ci podnoszą przedewszystkiem brak ciałek krwi w badanych moczach, powołując się na podobne spostrzeżenia innych badaczów. Zaznaczyliśmy już wyżej nasze stanowisko pod tym względem; przywiązujemy wagę nietylko do obecności leukocytów, ale i do ich jakości. A dodatnie wyniki naszych badań, na równi z wynikami Predtetschenskyego i innych, muszą mieć większe znaczenie, niż ujemne Goetzego i Wolffa, zwłaszcza wobec pewnych trudności, jakie pokonać trzeba przy poszukiwaniu leukocytów w tych przypadkach. A zresztą i sam Wolff przyznaje, że dostrzegał pojedyncze ciałka białe. Zupełnie niesłusznym jest zarzut, podniesiony przez autorów, jakoby ilości tłuszczów w mleczowych moczach przewyższały ilość maksymalną tłuszczu, spotykanego w czystym mleczu. Wszak zawartość tłuszczu w mleczu zależną jest przedewszystkiem od stanu trawienia pokarmów i dochodzić może podług Zawilskiego do 11% [5]).

Podnoszą dalej niektórzy i to z naciskiem, że spostrzegano kilkakrotnie w mleczomoczu zmniejszanie się ilości moczu, wydzielanego na dobę: gdyby mleczomocz polegał na mięszaninie moczu z mleczem, powinnibyśmy spotykać raczej moczenie nadmierne, niż niedostateczne. W naszym przypadku ilość moczu była mniej więcej prawidłową, prawidłową albo nawet zwiększoną była w wielu innych typowych przypadkach mleczomoczu. Ale, abstrahując nawet od tego, powinno się *a priori* przyznać, że w większości przypadków mocze mleczowe nie mogą wywoływać nadmiernego moczenia, ponieważ wydzielane bywają zaledwie raz na dobę, w ilości paruset cent. sześc. Z tego samego powodu nie należy, zdaniem naszem, przywiązywać większej wagi do wniosków, wyprowadzanych przez niektórych z ilościowego rozbioru moczów mleczowych. Zdaniem tych autorów mocz, rozcieńczony mleczem, powinien zawierać mniej składników swoistych, niż mocz prawidłowy, a tymczasem spotykamy niekiedy stosunki wprost przeciwne. Ale przypadek nasz i pod tym względem przemawia za bronioną przez nas teoryą.

W ten sposób widzimy, że najważniejsze zarzuty, podnoszone przeciw mleczowej teoryi mleczomoczu, nie wytrzymują krytyki. Nasz przypadek przemawia za nią bezwzględnie. Nader przekonywającym jest pod tym względem wynik naszego doświadczenia z jodypiną. Potwierdza ono zarazem zdanie Winternitza, że jodypina zostaje odkładaną w tkance tłuszczowej [6]). Jednocześnie wpływ podawania dyety przeważnie tłuszczowej przemawia w naszym przypadku tak wymownie, że — uwzględniając wyżej podane wyniki chemicznego i drobnowidowego badania — wypowiadamy stanowczo przekonanie: mleczomocz *(chyluria)* polega na mięszaninie prawidłowego moczu z mleczem.

* * *

Wypowiedziany powyżej wniosek wyjaśnia nam wprawdzie najbardziej uderzający objaw mleczomoczu, ale nie tłómaczy bynajmniej istoty cierpienia, nie odpowiada na pytanie, w jaki sposób i dlaczego mlecz przedostaje się do moczu?

Dla mleczomoczu pasorzytniczego odpowiedź na to pytanie nasuwa się sama przez się: nitkowiec *(filaria sanguinis)*, rozmnażając się w naczyniach chłonnych, sprowadza zaczopowanie tych naczyń, rozstrzeń, względnie pęknięcie ścianek naczyń i wylew mlecza do narządu moczowego. Wprawdzie i w przypadkach podzwrotnikowego mleczomoczu nie zawsze można było wykazać obecność pasorzyta *in vivo*, a i niektóre obdukcye dawały zupełnie wynik ujemny, ale wobec podanych wyżej wyników sekcyj Hawelburga, Ponfi-

[4]) Podług Mutermilcha, *l. c.*

[5]) p. Beaunis [14]).

[6]) Na posiedzeniu Tow. lek. w Halle nad S. podniósł Winternitz wartość podawania jodypiny dla rozpoznawania mleczomoczu (p. »Münch. med. Wochenschrift« 18—III, 1902). Jak widać z przytoczonego wyżej protokołu naszego, użyliśmy jodypiny w tymsamym celu, niezależnie od Winternitza, jeszcze w grudniu 1901 r.

cka i Kentaro-Murato i wogóle stałego występowania pasorzyta nietylko we krwi, ale i w moczu chorych, powyższa teorya zdobyła sobie dla zwrotnikowego mleczomoczu prawo obywatelstwa.

Inaczej się ma rzecz z europejskim mleczomoczem. Tu o występowaniu nitkowca niema mowy, a na obdukcyach oprzeć się nie można wobec braku przypadków, kończących się zejściem śmiertelnem. Jednakowoż analogia przebiegu choroby pozwala przypuszczać analogiczne pochodzenie. Rolę nitkowca musiałby tu oczywiście objąć albo inny pasorzyt, albo jakakolwiekbądź wogóle przeszkoda w krążeniu mlecza. Przeszkoda taka musi i tutaj wywołać rozstrzeń naczyń mleczowych, a rozstrzeń taka może spowodować w dalszym przebiegu wytworzenie się przetoki pomiędzy rozszerzonem naczyniem i jedną z części narządu moczowego.

Z podobną teoryą wystąpił też już w r. 1884 G. Siegmund[5]), a zasługuje ona zdaniem naszem na powszechne przyjęcie, gdyż — jak się przekonamy — tłómaczy wszystkie objawy mleczomoczu.

Objawy te są, jakeśmy to wyżej wspomnieli, w rozmaitych przypadkach rozmaite. I tej rozmaitości objawów musimy poświęcić bliższą uwagę, aby módz tem łatwiej wyrobić sobie zdanie co do wartości wyżej przytoczonej teoryi nietylko dla naszego przypadku, ale wogóle dla europejskiego mleczomoczu. Większość autorów opisuje mleczomocz jako objaw, występujący tylko w nocy. Tylko w przypadkach Predtetschenskyego[8]) i Kischa[17]) dzienne porcye były mleczne, a nocne (i ranne u P.) żółte, zaś Eggel[18]) podaje za Rayerem[19]), jako charakterystyczną cechę dla pory oddawania moczów mleczowych „irregularité capricieuse“. W naszym przypadku mleczomocz występuje stale w nocy, albo nad ranem, i tylko pod wpływem obfitej dyety tłuszczowej udawało się nam otrzymywać i dzienne porcye mleczne.

Opierając się na przypuszczeniu, że na wydzielanie się nocnego moczu mlecznego może wpływać poziome położenie ciała, polecił Huber[20]) za przykładem S. Mackenziego (p. str. 3) swemu choremu sypiać we dnie, czego wynikiem było, że „der Tagharn wurde zum Nachtharn“. Z podobnem przypuszczeniem wystąpił jeszcze w roku 1869 Eggel. Francotte[4]) dowodzi, że — przeciwnie — pionowe położenie wpływa na zwiększenie się mleczomoczu, natomiast inni autorowie żadnego wpływu położenia chorego na porę wydzielania moczu mlecznego i wogóle na przebieg mleczomoczu stwierdzić nie mogli. Pierwsza próba tego rodzaju w naszym przypadku dała zupełnie niespodziewany, ale zarazem i niezrozumiały wynik. Chory, który podług wywiadów oddaje od pięciu lat stale raz na noc biały mocz, wydziela po spędzeniu 24 godzin w łóżku przez następnych pięć dni mocz zupełnie prawidłowy. Dodać jednak musimy, że na ów przymusowy 24-godzinny spoczynek skazaliśmy chorego zaraz pierwszego dnia po przyjęciu go do kliniki dermatologicznej, do której wstąpił nie bez pewnej obawy, „czy się na nim nie będzie robiło doświadczeń“. A z możliwością wpływu tej obawy musimy się liczyć, wobec tego, że niektórzy autorowie (Simoni i Sobrini, Kisch, Eggel) zwracają uwagę na bezpośredni związek pomiędzy stanem nerwów chorego, a ilością wydzielanego moczu mlecznego. Dwukrotne powtórzenie próby (dziennego spoczynku) pozostało bez wpływu na mleczomocz naszego chorego.

Jedynym czynnikiem, który w naszym przypadku stale i widocznie wpływał na ilość i jakość mleczomoczu, była — jakeśmy to widzieli — odpowiednia dyeta. Ale i pod tym względem nie wszyscy autorowie podają zgodne wyniki. Brieger[21]) nie może stwierdzić żadnego wpływu podawania zwiększonej ilości tłuszczu, jedynie dyeta, pozbawiona tłuszczów, zmniejszała wydzielanie moczu mleczowego, a Goetze[15]) nie może dopatrzyć się wogóle jakiegokolwiek wpływu dyety na przebieg mleczomoczu....

Niektórzy autorowie stwierdzają wyraźną zależność pory wydzielania moczu mlecznego od pory trawienia. W przypadku Predtetschenskyego występował mleczomocz w 3—4 godzin po przyjęciu pokarmu; większość, i my za nią, zależności tej stwierdzić nie mogliśmy.

„Irregularité capricieuse“ Rayera ma podług niektórych autorów zastosowanie i w rokowaniu choroby: mleczomocz ustępuje często bez widocznej przyczyny, aby po pewnym nieokreślonym czasie — znowu bez widocznej przyczyny — powrócić na czas pewien i t. d.

Daleko idące różnice spotykamy w bliższych opisach fizycznych i chemicznych własności moczów mleczowych. Poza główną wspólną cechą — obecnością białka i tłuszczu, — mniej lub więcej mleczną barwą i dokładną zawiesiną, wybitnie występującą w obrazach drobnowidowych, — mocze te różnią się ogromnie. W kilku przypadkach uderza skłonność do występowania skrzepów, powodujących niejednokrotnie krzepnięcie moczu *in vitro* tak, że można go otrzymać w postaci galarety o kształcie naczynia. Skrzepy takie, spotykane często w pasorzytniczych mleczomoczach, opisuje dla mleczomoczu europejskiego Predtetschensky; tworzyły się one już *in vivo*, prawdopodobnie w pęcherzu, powodując napady bolów, poprzedzające oddanie moczu. Oddziaływanie moczu w naszym przypadku było zawsze wybitnie kwaśne, niektórzy autorowie podają je jako słabo-kwaśne, obojętne, a nawet alkaliczne. Huber i Bouchut zwracają uwagę na brak skłonności do gnicia moczów mleczowych; spostrzeżenie to i nam wydawało się być zgodnem z rzeczywistością. Natomiast Briegera i Eggela uderza nader szybki rozkład tych moczów.

Ilość zawartego w moczach mleczowych białka i tłuszczu, jakość tych składników, ilość soli i swoistych składników moczu, znajdujemy bodaj że inne w każdym z opisanych przypadków, a podlegające nader znacznym wahaniom w jednym i tym samym przypadku.

A i jedną z najbardziej dla mleczomoczu znamiennych cech, mianowicie wydzielanie naprzemian mleczowego i prawidłowego moczu, podają w wątpliwość Langaard i Goetze. W kilku napozór prawidłowych porcyach moczu znaleźli oni obecność tłuszczu przy jednoczesnym braku białka. Brakiem białka, utrzymującego w mlecznych moczach tłuszcz w zawiesinie, której właśnie zawdzięczają te mocze swe mleczne zabarwienie, tłómaczą L. i G. napozór prawidłowe wejrzenie badanych moczów; Goetze zaś przypuszcza, że w tensam sposób dałyby się wyjaśnić w wielu przypadkach i owa „irregularité“ i regularne oddawanie naprzemian raz mlecznego, drugi raz „prawidłowego“ moczu. Abstrahując od tego, że pozostałoby w takim razie do wytłómaczenia, dlaczego mocze te naprzemian zawierałyby i nie zawierałyby białka, musimy zaznaczyć, że liczne próby następnych autorów, wywołane uwagami L. i G., nie potwierdziły ich

spostrzeżeń, a i w naszym przypadku mocze „napozór“ prawidłowe, były też prawidłowymi i w rzeczywistości.

Wobec znacznych różnic w opisach mleczomoczu, jeden z autorów określił go, jako chorobę, cechującą się olbrzymią różnorodnością objawów. Ale różnorodność ta stwierdza, zdaniem naszem, przynajmniej częściowo słuszność wypowiedzianej wyżej teoryi powstawania mleczomoczu. Bo jeżeli uprzytomnimy sobie, że mamy tu do czynienia z mięszaniną moczu prawidłowego z mleczem, to nie możemy się dziwić, że mięszaniny takie wykazują znaczne różnice pod względem i chemicznym i fizycznym. W przypadkach tych musi występować na pierwszy plan skład mlecza, a skład ten musi być ze swej strony bardzo zmienny, zależnie przedewszystkiem od jakości przyjmowanych pokarmów.

Jeżeli zaś zgodzimy się na przyjęcie przetoki z naczyń chłonnych do narządu moczowego, jako drogi, którą mlecz dostaje się do moczu, to musimy przyznać, że może to mieć miejsce tylko wtedy, jeżeli przetoka ta jest drożną, t. j. z obu stron otwartą. Ewald [5]) poleca też dla wytłómaczenia sobie czasowego występowania prawidłowego moczu, przyjęcie rodzaju zastawek w przypuszczalnej przetoce: mlecz przechodzi z naczyń chłonnych i ztąd do narządu moczowego tylko wtedy, kiedy zastawki są otwarte; z chwilą zamknięcia się zastawek staje się to niemożliwem i mocz chorego, pozbawiony domieszki mlecza, nie różni się niczem od prawidłowego. Hipoteza ta wyjaśnia nam również sprawę tak często opisywanych dłuższych lub krótszych okresów „utajenia“ mleczomoczu.

A i różnorodność zdań co do wpływu położenia ciała na wydzielanie moczu mleczowego, tłómaczy się bardzo dobrze naszą teoryą. Jasną bowiem jest rzeczą, że zależnie od położenia i kierunku przetoki, raz położenie ciała poziome, drugi raz pionowe może spowodować ucisk na przetokę, i co za tem idzie jej niedrożność, a więc wydzielanie prawidłowego moczu. Zresztą odgrywa tu może główną rolę prawdopodobna różnorodność bezpośrednich przyczyn, które tworzą przeszkodę w krążeniu mleczu w przypadkach europejskiego mleczomoczu. Wobec braku obdukcyj nie mamy pod tym ostatnim względem prawie żadnego punktu oparcia i skazani jesteśmy na same hipotezy. Dobrotliwe guzy, zmiany w ścianach naczyń chłonnych, ewentualnie nieznane dotychczas pasorzyty, mogą odgrywać tu rolę nitkowca podzwrotnikowego mleczomoczu. Dotychczasowe poszukiwania pasorzytów w moczu i krwi dały wyniki wogóle ujemne. Na względnie dodatnie wyniki Wilsona [23]) i Predtetschenskyego należy się zapatrywać bardzo sceptycznie. Wilson znalazł w moczu swego chorego prątki, podobne do prątków wąglika i uważa je za swoiste dla mleczomoczu, pomimo że na sporządzonych z nich hodowlach wyrosły tylko „zwykłe koki“. Predtetschensky spostrzegł na jednym z preparatów jajeczka tasiemca karłowatego (?), sam jednakowoż przyznaje, że pomimo bardzo licznych dalszych poszukiwań więcej jajek tych nie spotkał. I myśmy szukali nader skrzętnie czegokolwiek, coby nas na ślad jakiego pasorzyta naprowadzić mogło, ale bezskutecznie. Pomimo tego nie chcemy zaprzeczać możliwości i pasorzytniczej przyczyny europejskiego mleczomoczu, a to tembardziej, że wydaje się prawdopodobnem, że i w mleczomoczu zwrotnikowym rolę nitkowca obejmują czasem inne pasorzyty [7]). Uważamy jednak conajmniej za przedwczesne twierdzenie Predtetschenskyego, że podział mleczomoczu na pasorzytniczy i nie pasorzytniczy nie ma racyi bytu.

Co się tyczy części narządu moczowego, do którego przedostaje się mlecz, wydaje się nam najprawdopodobniejszem, że jest nią pęcherz, względnie moczowody, albo miedniczki nerkowe. Gdyby przetoka otwierała się do nerki, wyniknąćby z tego musiały odmienne objawy. Pośrednicząc pomiędzy naczyniami chłonnemi i pęcherzem, musiałyby nerki wobec długiego trwania sprawy chorobowej (do 50-ciu lat) uledz poważniejszym zmianom patologicznym; wiadomo zaś, że cierpiący na mleczomocz czują się zazwyczaj zupełnie zdrowymi, a w osadzie ich moczu nie spostrzeżono dotychczas żadnych składników morfotycznych, świadczących o schorzeniu nerek.

Streszczając powyższe wywody, dochodzimy do następującego wniosku:

Mleczomocz polega na mięszaninie moczu prawidłowego z mleczem. Miejscem spotkania się tych dwóch płynów jest prawdopodobnie pęcherz, moczowody, albo miedniczki nerkowe, a komunikacyę pomiędzy tymi narządami i naczyniami chłonnemi stanowi przetoka, której wytworzenie wywołane zostało przeszkodą mechaniczną (na razie nieznanego, prawdopodobnie zmiennego pochodzenia) w krążeniu naczyń chłonnych.

* * *

W uwagach, któremi poprzedziliśmy opis naszego przypadku, zauważyliśmy, że większość autorów przychyla się w ostatnich czasach do wyżej wypowiedzianego i przez nas wniosku. Musimy jednak pomimo to poświęcić jeszcze kilka słów i innym teoryom obchodzącej nas sprawy chorobowej. „Teoryj“ takich mamy cały szereg; zatrzymamy się na najważniejszych. Rayer, Eggel, Thudichum i inni przypuszczają bezpośrednie przedostawanie się tłuszczu do nerek, a ztąd i do moczu chorych z krwi, przeladowanej tłuszczem (lipaemia). Otóż niektórzy autorowie spostrzegali rzeczywiście w przypadkach mleczomoczu drobniutkie kuleczki tłuszczu we krwi chorych. Ale we wszystkich tych przypadkach ilość tłuszczu w moczu chorych przewyższała ilość tłuszczu we krwi, a więc tłuszcz w moczu nie mógł temsamem zawdzięczać swego pochodzenia krwi.

Przypuszczenie schorzenia nerek, tłuszczowego zwyrodnienia przybłonków narządu moczowego, z którem występują rozmaici autorowie, nie wytrzymują również krytyki. Brak morfotycznych składników w moczu, brak zmian w nerkach w przypadkach podzwrotnikowych z wynikiem sekcyjnym, przemawiają przeciw temu najwyraźniej. W sposób kategoryczny zwalczają te i tym podobne przypuszczenia doświadczenia Steyskala i Franza, przytoczone w pracy Erbena [14]).

Na bliższą uwagę zasługuje teorya, przyjmująca związek pomiędzy mleczomoczem a schorzeniami wątroby. Pierw-

[7]) P. Moscato [24]) opisuje przypadek *„eustrongylus gigas“* u 40-letniej kobiety, która obok zaburzeń w układzie nerwowym cierpiała na objawy mleczomoczu; a na posiedzeniu berlińskiego Tow. lek. w roku ubiegłym przedstawił Stuertz [25]) australijczyka, cierpiącego od 7-miu lat na mleczomocz krwawy, w którego moczu stwierdzono jajka *„eustrongylus gigas“*. Prócz tego Predtetschensky przytacza M. Bordiera, który w przypadku mleczomoczu na Madagaskarze znalazł w nerce chorego tasiemca madagarskiego.

szy wystąpił z nią Goetze, z którego zarzutami przeciw teoryi mleczowego pochodzenia mleczomoczu uporaliśmy się na poprzednich stronicach. Tłuszcz, który dostaje się do moczu przez nerki, pochodzi podług Goetzego prawdopodobnie z wątroby, ponieważ w moczu chorych występuje leucyna i tyrozyna, amoniak zostaje wydzielany w zwiększonej ilości, a w dwóch przypadkach (Goetze i Senator) stwierdzono klinicznie zmniejszenie granic wątroby. Że to schorzenie wątroby nie jest przypadkowem powikłaniem, przemawiają za tem, podług Goetzego, doświadczenia jego na królikach. U zwierząt tych spostrzegał on przez czas dłuższy wydzielanie tłuszczu zawieszonego w moczu, a sekcye wykazywały stale, jako jedyną anatomiczną zmianę, schorzenie wątroby (szare guzki, podobne do gruźliczych). Zupełnie niezależnie od Goetzego przerobił Chabrié [26]) na zwierzętach szereg doświadczeń, polegających na podwiązaniu jelita grubego i doszedł do wniosku, że zastój w jelitach *(rétention intestinale)* powoduje przejście tłuszczu do moczu. Podobnie ilość tłuszczu w moczu chorego, cierpiącego na uwięzłą przepuklinę, przewyższała pięciokrotnie ilość, którą można było stwierdzić u tegoż chorego po doszczętnem usunięciu przepukliny. Przypuszczając, że w tem wydzielaniu tłuszczu główną rolę należy przypisać wessaniu żółci, występuje Ch. z hipotezą, czy i mleczomocz nie jest wyrazem schorzenia wątroby. Dalsze doświadczenia Chabrié i Dissarda [27]) stwierdziły w rzeczywistości, że zatrucie żółcią wywołuje owe *chyluries et lipuries experimentales*, i na podstawie tej wyrażają Ch. i D. przypuszczenie, że zatrucie żółcią może być jedną z przyczyn mleczomoczu.

Zatrzymaliśmy się trochę dłużej nad powyższemi hipotezami Goetzego, Chabrié i Dissarda nie dlatego, abyśmy przywiązywali do nich większą wagę, ale głównie dlatego, że uważamy je za nader znamienne dla sposobu, w jaki niektórzy starają się wytłómaczyć sprawę mleczomoczu. Dla nas doświadczenia G. i Ch. i D. są tylko dowodem, że w pewnych schorzeniach wątroby, powodujących zwiększone wessanie żółci, w moczu chorych może wystąpić bądźto zawieszony, bądźto niezawieszony tłuszcz. Ale dalecy jesteśmy od nazwania tego objawu mleczomoczem. Tłuszcz w moczu, jak powszechnie wiadomo, występuje stosunkowo często, jako wynik najrozmaitszych zmian (p. Kobert [11]), ale niema to oczywiście z mleczomoczem nic wspólnego.

Główną wadą licznych teoryj mleczomoczu jest, zdaniem naszem, nieuwzględnianie tego zasadniczego punktu. Nie na całokształt tej ciekawej sprawy chorobowej, ale na jeden tylko objaw, najbardziej uderzający autorów, zwracają oni uwagę, utożsamiają „lipurię" z „chyluryą" i wprowadzają w ten sposób chaos do i bez tego trudnej do rozwiązania sprawy pochodzenia rzeczywistego mleczomoczu.

* * *

Już po ukończeniu tej pracy ukazały się dwie nowe rozprawy o mleczomoczu, których nie możemy pominąć milczeniem.

Pierwszą z nich ogłosili w „Zeitschrift für Heilkunde" t. XXIII, z. 11) Stejskal i Franz z kliniki prof. Neussera i szpitala garnizonowego (Nr. 1) w Wiedniu pod tyt. *„Ueber das Wesen der europäischen Chylurie"*.

W obszernej tej monografii dochodzą autorowie na podstawie szczegółowego krytycznego rozbioru wszystkich dotychczas ogłoszonych przypadków europejskiego mleczomoczu i dokładnie opracowanego własnego przypadku do tego samego zasadniczego wniosku, którego i my bronimy w naszej rozprawie: mleczomocz polega na bezpośredniej mięszaninie moczu z mleczem. Cystoskopowe badanie przypadku autorów wykazało wypływ mlecznego moczu z obu moczowodów i prawidłowe stosunki w pęcherzu, stąd wniosek, że miejscem, w którem mlecz przedostaje się do narządu moczowego, są w danym przypadku nerki; wobec braku zboczeń w czynności nerek, należy przyjąć, że idzie tu nie o miąższ, lecz o miedniczki nerkowe. Na uwagę zasługuje również spostrzeżenie autorów co do braku cukru w mleczomoczu. I w ich przypadku nie można było wykryć cukru w małych ilościach badanego moczu; ale próba Fischera w 500 sz. ctm. mlecznego moczu stwierdziła niewątpliwą obecność cukru. Wobec niewielkiej ilości cukru, jaka znajduje się w mleczu, i rozcieńczenia, jakiemu on podlega w mleczomoczu, ujemne wyniki badania w tym kierunku, podawane przez licznych autorów, tłómaczą się niedokładnością metody badania [8]).

W ten sam sposób tłómaczą pozorny brak cukru w mleczomoczu Waldvogel i Bickel, których praca p. t. *„Beitrag zur Lehre von Chylurie"* (z kliniki prof. Ebsteina w Getyndze), ogłoszoną została w „Deutsches Archiv für klin. Medicin" (t. 74). Ale autorowie ci występują przeciw mechanicznej teoryi mleczomoczu i przemawiają za przyjęciem hipotezy, przypisującej mleczomocz przeładowaniu krwi składnikami mleczа, pomimo że i w ich przypadku chemiczne badanie nie zdołało wykryć zwiększonej ilości tłuszczu we krwi chorego. Przeciw mechanicznej teoryi przytaczają W. i B. znane nam już zarzuty. Nowy zarzut spostrzegają ci autorowie w fakcie, że w przypadku ich mocz, mający zazwyczaj typowy charakter mleczomoczu, od czasu do czasu zawierał tylko białko — bez tłuszczu. Spostrzeżenie to, — zupełnie w opisach mleczomoczu odosobnione, — niczego zdaniem naszem nie dowodzi. Białkomocz występuje, jak wiadomo, sporadycznie, skutkiem najrozmaitszych przyczyn i w przypadku autorów mógł nie mieć nic wspólnego ze sprawą mleczomoczu.

Piśmiennictwo. 1) Stanisław Mutermilch: Własności chemiczne i morfologiczne wysięków tłuszczowych (hydrops chylosus et chyliformis). Odbitka z księgi jubileuszowej T. Dunina. 1901. — 2) Br. Lachowicz: O składnikach moczu w przypadkach chyluryi. R. i Spr. z p. Wydz. m. p. Ak. Um. Krak. 1886. — 3) Prof. Aug. Hirsch: Ueber Filaria sanguinis hominis. Berl. klin. Wochenschr. 1882. — 4) Prof. H. Senator: Die Erkrankungen der Nieren. Spec. Path. u. Ther. Nothnagels Bd. XIX. I Th. I. Abth. — 5) G. Siegmund: Ein Fall von Chylurie. Berl. klin. Wochenschr. 1884. — 6) Bancroft: Lancet 1878. 7) Havelburg: Ueber Filaria sanguinis und Chylurie. Virchows Arch. 1889. — 8) W. E. Predtetschensky: Ein Fall europ. Chylurie. Zeitschrift f. klin. Med. 1900. — 9) Franz Erben: Ueber die Zusammensetzung des menschlichen Chylusfettes. Zeitschr. f. phys. Chemie 1900. 10) Hammarsten. — 11) R. Kobert: Ueber Fettharn. Schmidt's Jahrbücher 189. — 12) F. Grimm: Ueber einen Fall von Chylurie. Virchows Archiv 111. — 13) Slosse: Un nouveau cas de chylurie non parasitaire. Bulletin de la soc. roy. de sciences med. et nat. de Bruxelles 1901 (pdłg Centralblatt f. Harn- u. Geschlechtsorg. XIII, 5) — 14) H. Beaunis: Nouveaux elements de physiologie humaine. Paris 1888. — 15) Ludwig Götze: Die Chylurie u. ihr Zustandekommen. Fortschritte der Medicin 1886. — 16) H. Wolff: Zur Lehre von Chylurie. Inaug. Diss. Berlin 1891. — 17) Prof. E. H. Kisch: Ein Fall von Chylurie Prag. med. Wochenschr. 1886. — 18) Eggel: Ueber Chylurie. Deutsch Archiv f. klin. med 1869. — 19) Rayer: Traité sur les maladies des reins, III. — 20) Armin Huber: Beobachtungen über Chylurie. Virchows Arch. Bd. 106. — 21) L. Brieger: Ueber einen Fall von Chylurie. Zeitschr. f. phys. Chemie 1880. — 22) Langaard: Virchows

[8]) Wynik chemicznego rozbioru tłuszczu w przypadku tym ogłosił Erben [9]) w oddzielnej pracy, którą omówiliśmy na poprzedzających stronicach.

Archiv. 76. — 23) Wilson: Bacterien bei Chylurie. Centralbl. f. klin. Medic. 1885. — 24) Prof. Moscato: Riforma med. 1893 (pdlg Monatshefte f. pract. Dermatologie 1894). — 25) Stuertz: Berliner klin. Wochenschrift 1902, Nr. 45. — 26) Chabrié: Sur le passage des graisses dans l'urine. Ann. des mal. gen.-urin. 1893. — 27) Chabrié et Dissard: Le rôle probable du foie dans la genèse des chyluries et des lipuries experimentales. Ann. des mal. génito-urin. 1893. — 28) Welander: Ueber Jodkalium, Jodnatrium, Jodalbacid u. Jodip'n Arch. f. Dermat. u. Syph. 1901.

III. Wyciągi.

Cohnheim (Berlin). **Zwiotczenie żołądka i stosunek jego do pluskania i rozstrzeni żołądka.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 14, 1903). Stiller i Riegel należą do rzędu tych autorów, którzy twierdzą, że pod zwiotczeniem, a co najmniej pod „czystem zwiotczeniem“, należy rozumieć osłabienie czynności żołądkowej, zwanej „peristole“, a nie ruchu robaczkowego (peiystaltycznego), to znaczy, że żołądek pozbawia się wprawdzie swej treści w prawidłowym przeciągu czasu, ale nie kurczy się w tym stopniu, jak to czyni żołądek zdrowy, lecz przedstawia się, jak zwiotczały worek, że zatem napięcie mięśniowe jest upośledzone. Następstwem tej „zwiotczałości“ jest niestrawność. Dopiero w dalszym przebiegu choroby, jeśli leczenie nie wkracza, rozwija się osłabienie mięśniowe ścian żołądka, a wreszcie wyłącznie skutkiem tej niedomogi mięśniowej przychodzi do zastoju i rozstrzeni żołądka. Otóż zapatrywania Stillera uważa autor już ze względów leczniczych za błędne i stara się wykazać ich bezpodstawność, twierdząc, że właśnie te objawy, które Stiller przytacza, jako dowody upośledzonej „peristole“, jak pluskanie, zmiana odgłosu wypukowego, próba ciężarkowa (Belastungsprobe) dadzą się zupełnie jasno wytłomaczyć tą ogólną niemocą ustroju, znaną pod nazwą „asthenia universalis congenita“, a więc „neurasthenia“ — podupadłem odżywieniem, pionowem ustawieniem żołądka, lub jego przyleganiem do ściany brzusznej. Co się zaś tyczy zwiotczenia w pojęciu innych autorów, a więc w przypadkach ruchowej niedomogi żołądka mniejszego stopnia, to jedynie jest rozstrzygającem, czy żołądek w 7 godzin po próbnem daniu jest próżny; stwierdzenie natomiast pluskania w jakimkolwiekbądź czasie jest dla rozpoznania zwiotczenia (atonii) zupełnie obojętnem, można je bowiem napotkać w żołądkach prawidłowych i u zdrowych osobników, a powtóre można ten objaw łatwo wytłomaczyć opadnięciem żołądka i jego pionowem ustawieniem przy zwiotczałych powłokach brzusznych. Wreszcie autor hołduje zdaniu, że zwiotczenie bez powikłań nie może przejść w rozstrzeń żołądka. *Dr. Henryk Pisek* (Podgórze-Kraków).

Pel (Amsterdam). **Osobliwy szmer naczyniowy w płucach.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 15, 1903). U 32-letniego pacyenta, cierpiącego dość często na krwioplucie, a dotkniętego nadto zmianą szczytową po stronie prawej, można było wyraźnie wysłuchać nad całym górnym płatem płuca prawego nieprzerwany syczący szmer, wzmagający się przy każdym skurczu serca. Obok tego dawał się także słyszeć wysoki ton muzykalny również nad całym płatem prawym, ale najwyraźniej w rowku nadobojczykowym prawym. Autor wyjaśnia tę nieprawidłość albo bezpośredniem połączeniem miejscowej tętnicy z żyłą, albo też znacznem rozszerzeniem żyły w pobliżu tętnicy. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Pick (Wiedeń). **W sprawie żółtaczki dziedzicznej.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 17, 1903). Z rodzeństwa, składającego się z 5 osób, troje osobników dorosłych (26, 22 i 17-letni) wraz z matką dotkniętych było żółtaczką już od samego urodzenia, podczas gdy ojciec i pozostałych dwoje dzieci byli zupełnie zdrowi. Znamienną nadto była ta okoliczność, że kał tych chorych posiadał barwę zupełnie prawidłową, a w moczu nie stwierdzono ani barwika żółci, ani kwasów żółciowych. Autor, zastanawiając się nad etyologią tego rzadkiego zdarzenia, mniema, że żółtaczka w tym przypadku polegała albo na wrodzonej komunikacyi dróg żółciowych z chłonnemi, albo też na wrodzonej niedomodze komórek wątrobowych, w następstwie czego wytworzyła się t. zw. „paracholia“. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Sack i Vieth. **Antrasol, oczyszczony i bezbarwny dziegieć i jego wartość lecznicza.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 18). Stosowanie dziegciu, wyrabianego z węgli kamiennych, który znacznie przewyższa skuteczność dziegciu drzewnego, nie rozpowszechniło się z powodu jego lepkości, ciastowatości, nierozpuszczalności i barwy czarnej, pozostawiającej plamy, nie dające się wywabić. Usiłowaniom badaczy powiodło się stworzyć różne przetwory rozpuszczalne, jak: *liquor anthracis*, *liquor carbonis detergens*, *lianthral*, *solutio lithantracis acetonica*. Sack i Vieth zdołali z dziegcia kamiennego usunąć smołę, oraz składniki barwiące i zamienić go w płyn cienki tak, że zgęszczenie i stężenie jego nie są możebne. Mięszają oni dziegieć kamienny oczyszczony z równą ilością dziegciu jałowcowego; oba są bardzo skuteczne i najmniej drażniące. Antrasol przedstawia cienko-płynną, jasno-żółtą oliwę o swoistym zapachu dziegciu i nadaje się do pędzlowań; mięsza się dobrze z alkoholem, acetonem, tłustemi olejami, parafiną płynną i wazogenem i można go zresztą w tensam sposób stosować, jak dziegieć zwyczajny. S. i V. stosowali ten środek z dobrym wynikiem w 85 przypadkach chorób skórnych, a i inni lekarze osiągnęli również dobre wyniki. Do leczenia owłosionych części ciała polecają S. i V. 5—10% rozczyn antrasolu w wyskoku; wobec przewlekłych spraw skórnych z naciekiem i zgrubieniem, jak liszaj przewlekły, łuszczyca i inne stosuje się 20% rozczyny, lub czysty antrasol. W wyprysku, z wyjątkiem okresu ostrego, poleca się antrasol w formie maści, pasty lub żelatyny: *Anthrasol. 2·0—10·0 Vaselin., Lanolin. aa 30·0; Anthrasol. Vaselin. aa 5·0 Zinci ocyd., Amyl. trit. aa 10·0; Anthrasol. 2·0—5·0, Zinci oxyd., Gelatinae alb. aa 20.0, Glycerin. 25·0, Aquae 30·0.* Przy sprawach skórnych pasorzytniczych (świerzb, liszaj wyłysiający, figówka itp.) stosują oni maść Wilkinsona z antrasolem: *Anthrasol. 5·0—10·0, Sulfur. praecip. 10·0, Sap. virid. 2·0—10·0, Vaselin. sive Pastae zinci ad 40·0, Cretae albae 10·0.* Antrasol działa doskonale w świądzie ogólnym, a w świądzie rzyci polecają S. i V., po usunięciu istniejących zapaleń i zdarć, pędzlowanie 10% lub silniejszym rozczynem antrasolu w wyskoku i nadto jeszcze pokrywają maścią: *Ungt. zinci benz. 20·0, Adip. lanae 10·0, Aq. carbol. (5%) 20·0, Menthol.0· 2—0·5.* Objawów drażniących po stosowaniu antrasolu dotychczas nie zauważono; 1 grm. kosztuje 10 fenigów. S. i V. żywią nadzieję, że obecnie powróci zamiłowanie lekarzy do leczenia chorób skórnych dziegciem. *Dr. J. Fels* (Lwów).

Doc. O. Schwartzer de Babarcz. **Zasady ustawodawstwa dla umysłowo chorych.** (*Pest. med. chir. Presse* 1902, Nr. 49). Na wezwanie węgierskiej Rady sanitarnej wypracował Sch. elaborat, mający służyć za podstawę do nowego ustawodawstwa dla obłąkanych. W I-szym rozdziele zaznacza Sch., iż kierownictwo sprawami, tyczącemi się obłąkanych, jest zadaniem państwa. Na pytanie, czy ustawodawstwo ma zawierać definicyę obłąkania, odpowiada przecząco. W II-gim rozdziale zastanawia się Sch. nad umieszczaniem obłąkanych i oświadcza się za dotychczasowym systemem. Umieszczanie w zakładach ogranicza się do takich obłąkanych, których wolność mogłaby zagrażać już to bezpieczeństwu publicznemu, już też im samym. W III-cim rozdziale omawia autor warunki, wśród jakich wolno i musi się przyjmować obłąkanych do zakładu. W ważnej sprawie, w jaki sposób ma nastąpić przyjęcie do zakładu i rozpoznanie choroby umysłowej, ostro krytykuje Sch. obowiązujący obecnie statut i żąda, aby naturalną kontrolę rozciągnięto także nad zakładami państwowymi. W IV-tym rozdziale zajmuje się sposobami wypuszczania z zakładu. Następuje ono po udowodnieniu, iż klient wcale nie jest już umysłowo chory i nie jest więcej niebezpieczny. Nowem jest rozporządzenie, aby w przypadkach, w których dyrekcya zakładu i krewni chorego nie mogą zgodzić się co do wypuszczenia chorego, oddano sprawę do rozstrzygnięcia sędziowskiego. Rozdział V-ty poświęcił autor kontroli nad obłąkanymi, zwłaszcza znajdującymi się poza zakładem. W tym celu powinno się powołać do życia osobne władze kontrolujące, których organem centralnym w ministerstwie dla spraw wewnętrznych powinien być osobny senat krajowy dla spraw, tyczących się obłąkanych. W rozdziale VI-tym jest nowością, aby wolno było przyjmować do zakładu dla obłąkanych także umysłowo chorych, których choroba jeszcze nie wystąpiła; należy zatem umożliwić przyjęcie i leczenie się także dobrowolnie zgłaszającym się do zakładu, w którym szukają ratunku przeciw chorobie umysłowej, zaledwo się rozwijającej, któraby z pewnością wybuchła w zwykłych warunkach życia i zajęć codziennych. Instytucyę tę otacza tyle ostrożności, iż nie mogłoby być powodu do nadużyć. Rozdział VII-my zajmuje się specyalnemi zarządzeniami, tyczącemi się obłąkanych zbrodniczych, uwolnionych od odpowiedzialności wyrokiem sądowym. Rozdział VIII-my omawia wymiar kary. *Baschkopf.*

Taussig. **O zaśniadzie krwawym Breusa.** (*Arch. für Gyn.* Tom 68, Zeszyt 2, 1903). Przed 10 laty pierwszy podał Breus dokładniejsze opisy tego zaśniadu, nazwanego przez niego: „haematoma subchoriale tuberosum deciduae“. Od tego czasu opisano więcej takich zaśniadów, z których jednak nie wszystkie nimi były. Autor roztrząsa te przypadki krytycznie i opisuje 8 przypadków nowych, udowadniając ich prawdziwość. Głównemi cechami takiego zaśniadu są: niestosunek między zarodkiem (płodem), a wielkością jaja płodowego, względnie między tem ostatniem, a trwaniem ciąży; długo trwające zatrzymanie takiego jaja w macicy i obecność krwisteków szerokopodstawowych i polipowatych między błoną docze

sną, a kosmówką i owodnią. Wielkość zaśniadów wahała się między 6—10 ctm.; wód płodowych było zawsze mało, 5—15 grm.; długość zarodków była różna, największy wynosił 21 mm. Kształt zaśniadów zależy od kształtu krwisteków. Tam, gdzie łożysko było już wytworzone, krwisteki ograniczają się tylko do doczesnej następowej (dec. serotina) i są osadzone na szerokiej podstawie; tam zaś, gdzie łożyska jeszcze nie było, lecz gdzie doczesna otaczała całe jajo, krwisteki były rozsiane na całej jego powierzchni i miały kształt polipowaty. W jajach, zatrzymanych w macicy ponad 9 miesięcy, znajdują się zawsze mniejsze zarodki, aniżeli w jajach, zatrzymanych przez czas krótszy. Dokładne sekcye i badania drobnowidowe tych zarodków wykazały, że na ich zmniejszenie się wpływa proces kurczenia się ciała zarodków po ich śmierci i opadnięcie pęcherza mózgowego. Zarodki obumierają zwykle w 2-gim lub 3-cim miesiącu ciąży. Jakiejś przyczyny dla tak wczesnego ich obumarcia nie można było wykazać. Ostatecznie zastanawia się autor nad niestosunkiem między zarodkiem, a wielkością jaja i nad przyczyną powstawania krwisteków. Breus tłómaczył powstanie tych zaśniadów w ten sposób: po śmierci płodu błony płodowe rosną dalej, a ponieważ macica się nie powiększa, musi nadmiar rosnących błon wpuklić się; w powstałe w ten sposób fałdy wlewa się krew z przestrzeni międzykosmkowych i wypełniając je, tworzy krwisteki. Że zaś odżywianie błony doczesnej nie ulega przeszkodzie, dlatego nie przychodzi do skurczów macicy i jajo takie pozostaje przez szereg miesięcy w macicy. Inni sądzą, że błony płodowe zostają wprost rozciągnięte przez podkosmówkowe krwotoki; to jednak nie odpowiada rzeczywistości, gdyż fałdy błon znajdują się także tam, gdzie niema krwisteków. Wreszcie inni przyjmują, że przyrost błon płodowych powstaje jeszcze za życia zarodka, jako następstwo jaja z nadmiarem potoku. Embryologia jednak nie potwierdziła dotąd istnienia takiego jaja. Natomiast znane są jaja z nadmiarem potoku następowe, powstałe po śmierci zarodka. Wychodząc z tego założenia, tłómaczy autor powstanie zaśniadu w ten sposób: po śmierci płodu rosną dalej błony płodowe, w owodni gromadzi się dalej drogą osmozy płyn (potok następowy), wskutek tego powiększa się nieco i macica. Z niewiadomej przyczyny ustaje po pewnym czasie wzrost błon, poczem płyn owodni ulega powoli wessaniu, a nadmiar błon układa się w fałdy; te zaś wypełniając się krwią, wytwarzają krwisteki. *Dr. E. Ehrenpreis.*

H. Füth. **Przyczynek do kazuistyki i etyologii pęknięcia macicy.** (*Centr. für Gynaecologie* 1903, Nr. 9). Pierwszy poród wieloródki, ukończony cięciem cesarskiem z powodu dużego torbiela skórzakowego lewego jajnika, wklinowanego mocno w małej miednicy. Po otwarciu jamy brzusznej musiano naprzód wydobyć płód z macicy cięciem cesarskiem, a potem dopiero wydobyć wklinowany guz. Ranę zaszyto bardzo dokładnie i pokryto przód macicy siecią. W dwa lata później znowu ciąża i poród, wśród którego nastąpiło zupełne pęknięcie macicy, urodzenie się płodu do brzucha, niedostrzeżone wcale przez położną, dopiero gdy po 40-tu godzinach wystąpiły zatrważające objawy, przewieziono chorą do kliniki. Przez pochwę wybadano na przedniej ścianie macicy blizko ujścia lewej trąbki otwór wielkości dłoni. Po otwarciu jamy brzusznej wydobyto całe jaje płodowe; w dobrze skurczonej macicy na lewo szeroki otwór ziejący, o poszarpanych brzegach. W linii środkowej dawna blizna linijna po cięciu cesarskiem, sieć przyrosła. Wskutek nadto szerokiego rozwarcia brzegów otworu nie zaszyto go, lecz odcięto macicę nadpochwowo. Badanie drobnowidowe całego szeregu skrawków nie wykazało w bliźnie po cięciu cesarskiem żadnych zmian w utkaniu miąższu. natomiast w brzegach świeżego otworu, w miejscu przyczepienia łożyska, liczne kosmki, które wrosły w ścianę macicy na dość znacznej grubości, rozsunęły włókna mięsne, a przez to stały się przyczyną osłabienia w tem miejscu ściany macicznej i następnie pęknięcia. Chora wyzdrowiała. *Dr. Grzybowski.*

Nobécourt i Voisin. **O nakłóciu lędźwiowem w przebiegu nieżytowego zapalenia płuc u dzieci.** (*Revue mens. des maladies de l'enf.*, 1903). Autor usiłował zapomocą systematycznie stosowanego nakłócia lędźwiowego u dzieci, cierpiących na nieżytowe zapalenie płuc (nie gruźlicze) wyjaśnić przyczynę i charakter objawów mózgowych, tak częstych w przebiegu tej choroby. Nakłócie wykonano w 31 przypadkach zapalenia płuc; 7 z tych przypadków nie przedstawiało objawów mózgowych, inne były z nimi połączone. Ogólne wyniki, do których autor doszedł, są następujące: 1) W przebiegu nieżytowego zapalenia płuc z objawami mózgowymi płyn mózgowo-rdzeniowy jest zwykle znacznie obfitszy, niż bez tych objawów. 2) Płyn jest zwykle przeźroczysty; w bardzo nielicznych tylko przypadkach mętny. 3) Bez względu na to, czy są objawy mózgowe, czy nie. w płynie znajduje się nieznaczna ilość białka. W płynie mętnym jest go oczywiście więcej. 4) Nieznacznego stopnia odczyn ciałek białych (jedno- a nawet wielojądrzastych) może znajdować się w płynie bez objawów mózgowych; naodwrót, w połowie przypadków z objawami mózgowymi brakuje tego odczynu. Odczyn ten może u jednego chorego pojawiać się i znikać. Pomiędzy ilością białka a obecnością ciałek białych niema bezpośredniego związku. 5) Płyn był zawsze jałowy; w dwóch tylko przypadkach zawierał dwoinki Frankla.

Na podstawie tych wyników badania nie można przeto wykazać związku pomiędzy charakterem płynu, a przebiegiem klinicznym i ciężkością choroby; również nie możemy wyciągnąć z nakłócia lędźwiowego żadnych wniosków dla rokowania. Dowodzą one tylko zdaniem autorów, że między zmianami czynnościowemi a anatomicznemi opon mózgowych nie można postawić ścisłej granicy, lecz że są one tylko wyrazem różnego nasilenia tejsamej sprawy. Również badania te wykazały, że podrażnienie opon występuje częściej w nieżytowem zapaleniu płuc, niż to klinicznie można stwierdzić, gdyż w niektórych przypadkach wolnych od wszelkich przypadów mózgowych znaleziono jednak nieznaczny odczyn w płynie mózgowo-rdzeniowym. *Dr. T. Żeleński.*

Drozdowskij. **Znaczenie objawu Olivera w rozpoznawaniu tętniaka piersiowego odcinka tętnicy głównej.** (*Russkij Wracz* 1903. Nr. 8—9). Na podstawie 10 spostrzeżeń, oraz przypadków znanych z piśmiennictwa, dochodzi D. do wniosku, że objaw Olivera nie jest patognomoniczny dla tętniaka piersiowego odcinka tętnicy głównej, ponieważ spostrzega się również przy nowotworach śródpiersia; z innej zaś strony nie spotyka się go przy tętniakach, połączonych z tętnicą główną małym otworem, lub wypełnionych zbitą masą włóknistą itd. Objaw Olivera może być u tegoż osobnika wyrażony w niejednakowym stopniu: gdy ogólny stan i czynność serca są względnie dobre, objaw ten występuje wyraźnie jako widzialne lub wyczuwalne podskakiwanie tchawicy; podczas zaś osłabienia czynności serca i pogorszenia ogólnego stanu objaw ten znacznie słabnie i sprowadza się do słabego tętnienia tchawicy, co spostrzega się niekiedy również w niedomykalności zastawek tętnicy głównej. W każdym razie objaw Olivera, nie będąc patognomonicznym, ma według autora doniosłe znaczenie rozpoznawcze, gdyż najczęściej towarzyszy on tętniakowi tętnicy głównej. D. zastrzega się jednak, że objaw ten nie przesądza usadowienia tętniaka w początkowej części, lub tylno-dolnym odcinku wklęsłości łuku, jak mniemał Oliver i inni; spostrzegał on go również w przypadkach tętniaków wrzecionowatych całego odcinka piersiowego tętnicy głównej, w tętniakach, usadowionych w innych miejscach łuku i nawet w tętniakach znajdujących się w początkowej części tętnicy głównej zstępującej. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Dr. G. J. Winter. **Torbiel w nerce jedynej i uwagi o wrodzonym braku nerki.** (*Archiv Langenbecka* T. 69, Z. 3, 1903). U 21-letniego mężczyzny, który dopiero od czterech tygodni zauważył niejasne dolegliwości i osłabienie, rozpoznał W. guz, wychodzący z nerki prawej. Nerkę z guzem torbielowatym, ważącym 5 klgr., wyjął transperitonealnie. Niestety podczas operacyi, a przed wycięciem chorej nerki, zapomniał stwierdzić, jak się zachowuje nerka druga. Piątego dnia po operacyi wśród ogólnie dobrego stanu, ale zupełnego bezmoczu, chory umarł. Sekcya wykazała wrodzony brak nerki lewej. W uwagach nad tym przypadkiem przytacza autor odpowiednią kazuistykę i zastanawia się nad sposobami rozpoznania tej wady wrodzonej, dochodząc do wniosku: 1) że rozpoznanie nerki jedynej jest możliwe i że 2) w odpowiednich przypadkach nefrotomia, (ale tylko nefrotomia) może być nawet ściśle wskazaną. *Herman.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 27. maja 1903 r.

Przewodniczy Kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 20.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Prof. Cybulski zapytuje Prezydyum, czy nie byłoby właściwem na jednem z najbliższych posiedzeń postawić na porządku dziennym omówienie kwestyi t. zw. »nowej choroby«.

W odpowiedzi zaznacza kol. Przewodniczący, że myśl podobną już dawno miał, ale z dotychczasowej obserwacyi przypadków nie można jeszcze wysnuć żadnych danych, nadających się do dyskusyi w Towarzystwie lekarskiem. Podobnego zdania byli kol. Prof. Bujwid i kol. Kwaśnicki.

III. Kol. Piotrowski przedstawił kamień wielkości jaja kurzego, wytworzony naokoło szpilki podwójnej, wydobyty z pęcherza drogą

cięcia u dziewczyny 16 letniej. Objawy obecności ciała obcego w pęcherzu istniały u chorej od lat sześciu, od 7 zaś miesięcy powstała przetoka pęcherzowo-pochwowa z powodu obecności kamienia, które to powikłanie choroby dopiero nakłoniło chorą do szukania pomocy lekarskiej.

IV. Kol. Prof. Bujwid przedstawił doniesienie tymczasowe o doświadczeniach swych nad przenoszeniem się gruźlicy ludzkiej na zwierzęta, wykazujących zapełną bezpodstawność twierdzenia Kocha i Schütza. Do doświadczeń użył kol. Prelegent sześć cieląt 6—8 miesięcznych, źle odżywionych i źle żywionych, ale nie gruźliczych. Troje z tych cieląt dostały sześć razy w odpowiednich odstępach czasu drogą przewodu pokarmowego plwocin gruźliczych. Po sześciu miesiącach cielęta karmione plwociną zostały szczepione tuberkuliną i dały właściwą reakcyę i to dwa bardzo wybitnie, jedno mniej wybitnie — cielęta te prócz tego kaszlą. Troje cieląt, nie karmionych plwocinami, z tej samej grupy doświadczeń nie reagowało na tuberkulinę. Wynik sekcyi przedstawi kol. prof. Bujwid na jednem z następnych posiedzeń.

V. Kol. Doc. Łepkowski przedstawił chorą z obturatorem sporządzonym z powodu przedziurawienia podniebienia.

VI. Kol. Doc. Łepkowski wygłosił zapowiedziany odczyt: „O porcelanie i emalii w dentystyce".

W dyskusyi zabierali głos kol. Prof. Cybulski i kol. Doc. Senkowski. *Dobrowolski*, sekretarz doroczny.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy.

25 posiedzenie Wydziału Tow. samop. lek. dnia 15 grudnia 1902 r.

Po odczytaniu pisma kol. Mikołajskiego, w którem obszernie wyłuszcza potrzebę założenia nowego czasopisma dla interesów stanu lekarskiego, uchwalono przedłożyć Walnemu zgromadzeniu odpowiednie wnioski. W sprawie wniosku kol. Strumieńskiego o założenie centralnego biura mamek uchwalono odpowiedzieć, że projekt ten, jako przedsiębiorstwo finansowe, przekracza zakres działania Towarzystwa. Prośbie kol. C. o pożyczkę odmówiono. Przyjęto bez zmiany referaty, przygotowane przez poszczególnych referentów na Walne zgromadzenie. Ułożono listę kandydatów do zarządu Towarzystwa, którą zaproponować ma Wydział na Walnem zgromadzeniu. (Streszczenie protokółu). *Dr. Langie*, I sekretarz.

26 posiedzenie Wydziału Tow. samop. lek. dnia 13 stycznia 1903 r.

Po powitaniu przez prezesa nowego Wydziału, wybranego na III Walnem zgromadzeniu i zaproszeniu do wspólnej pracy, udzielono kol. R. tytułem pożyczki 300 kor.; zaś tytułem zapomogi bezzwrotnej: kol. P. 200 kor. i wdowie po kol. B. 100 kor. Uchwalono wydrukować regulamin »Kasy pogrzebowej» w 1500 egzemplarzach i rozesłać wszystkim lekarzom w Galicyi i na Szląsku. W sprawie osobistej jednego z kolegów uznał się Wydział niekompetentnym i polecił doradzić zwrócenie się do Izby lekarskiej z tą sprawą. (Streszczenie protokółu).

Dr. Langie, I sekretarz.

27 posiedzenie Wydziału Tow. samop. lek. dnia 21 stycznia 1903 r.

Odmówiono prośbie o pożyczkę 120 kor. wdowie po kol K. ze względu, że nie był członkiem Towarzystwa. Wydział ukonstytuował się jako Komitet przedwyborczy dla uzupełniających wyborów do Izby lekarskiej zach. galic. i po dłuższej dyskusyi uchwalił jednogłośnie postawić i popierać kandydaturę kol. Langiego, jako oficyalnego kandydata Towarzystwa samopomocy. (Streszczenie protokółu).

Dr. Langie, I sekretarz.

28 posiedzenie Wydziału Tow. samop. lek. dnia 17 marca 1903 r.

Sekretarz zawiadomił o ukonstytuowaniu się Izby lek. zach. galic. Przy tej sposobności podniesiono widoczne korzyści ujęcia przez Wydział w ręce akcyi przedwyborczej wogóle w czasie wyborów do Izby, gdyż, jak wykazało skrutynium, dzięki temu głosowała wogóle znaczniejsza liczba kolegów niż dawniej, a kandydat Towarzystwa samopomocy przeszedł 127 głosami przeciwko 26 ciu i 4-em. Odmówiono ponownej prośbie o zapomogę wdowy po kol. B. ze względu, że nie był członkiem Towarzystwa, a i tak już raz wdowa ta 100 kor. otrzymała, a obecnie dzięki inicyatywie jednego z kolegów złożyli dla niej lekarze krakowscy 230 kor., jako dobrowolną składkę. W sprawie osobistej kol. E. Wydział uznał się niekompetentnym. Przekazano poszczególnym referentom wnioski, odesłane Wydziałowi przez III Walne zgromadzenie. (Streszczenie protokółu). *Dr. Langie*, I sekretarz.

29 posiedzenie Wydziału Tow. samop. lek. dnia 7 kwietnia 1903 r.

Udzielono kol. B. pożyczki w kwocie 300 kor. Skarbnik zawiadomił, że jeden z pp. aptekarzy krakowskich złożył na cele Towarzystwa 100 kor. i zobowiązał się składać co roku tę kwotę zamiast darów noworocznych. Uchwalono przyjąć i podziękować ofiarodawcy w »Przeglądzie lekarskim». Załatwiono kilka spraw oddziału należytości dla ściągania zaległych honoraryów lekarskich. (Streszczenie protokółu). *Dr. Langie*, I sekretarz.

30 posiedzenie Wydziału Tow. samop. lek. dnia 1 maja 1903 r.

Na zaproszenie p. protomedyka Merunowicza o wzięcie udziału w konferencyi towarzystw i Izb lekarskich, odbyć się mającej we Lwowie dnia 4 maja b. r., uchwalono odpowiedzieć przychylnie i wybrano delegatami: prezesa prof. Jordana i Dra Schoenguta, nie krępując ich żadnemi uchwałami z uwagi, że dopiero w toku dyskusyi na miejscu mogą wyrobić sobie zdanie co do głosowania nad przedłożyć się mającymi wnioskami. (Streszczenie protokółu).

Dr. Langie, I sekretarz.

V. Z dziejów medycyny w Polsce.

Przez

Bł. p. prof. dra Józefa Oettingera.

(Ciąg dalszy).

Lekarstwo w Czechach.

O najdawniejszych śladach sztuki lekarskiej u pobratymców Czechów tem mniej przemilczeć nam się godzi, ile że w 14 stuleciu stosunki naukowe między Krakowem a Pragą dość były żywe i że w nowszych czasach badania profesora praskiego Hasnera rzuciły niejakie światło na najdawniejsze dzieje lekarskie tego narodu. *(Die älteste Medicin in Böhmen.* Prager Viertelj. r. 1866. T. II. (90)). — O naukowych stosunkach między Polską a Czechami świadczą okoliczności następujące, przytoczone przez Muczkowskiego. (Wiadomość o założ. Uniw. i t. d. w Krakowie str. 32 i następ. 66, 82). — Królowa Jadwiga w r. 1397 przy Akademii praskiej fundowała kolegium dla Litwinów.

W dziele: *Liber decanorum* etc. Facult. Phil. Univ. Prag. ab a. 1367 ad 1585. Pragae typio Joan. Nep. Gerzabek 1830. 8. 2 voll., zawierającem wykaz osób, które w Wydz. fil. praskim uzyskały stopnie akademickie, znajdujemy, iż w tym uniwersytecie, na 4 narody podzielonym, polski osobną składał dzielnicę i że w nim od r. 1367 do 1400 przeszło 100 polaków, a między tymi 23 z Krakowa, ubiegało się o bakałarskie i mistrzowskie stopnie w Wydz. filoz.; stąd wypada, że przez ten czas przynajmniej do tysiąca ich tam uczęszczać musiało.

Długosz wyraźnie wspomina (lib. X. pag. 167), że Władysław Jagiełło wezwał doktorów i mistrzów wszelkiego wydziału i zawodu z uniwersytetu praskiego, mówiących po polsku, po czesku i po niemiecku. Jakoż nazwiska pierwszych profesorów Akademii Jagiellońskiej są zapisane w księdze ubiegających się o stopnie naukowe w wydziale filozoficznym Uniwersytetu praskiego.

Podania z czasów pogańskich opromieniają dziewicę urokiem potęgi cudownego leczenia. Córa najstarsza Kroka imieniem Kaša znała się na zbawiennych skutkach roślin i na tajemniczej sztuce. Sława jej mądrości utrzymywała się nawet jeszcze o wiele później w okresie chrześciańskim, jak świadczy przysłowie, potwarzane za Kosmasa *„Id ne ipsa quidem reciperet Kaša".*

W 9-tem stuleciu (821) rozpoczęła się w Czechach walka Chrześciaństwa z żywiołem dawnym pogańskim.

Z owego czasu dochowała się wzmianka o niektórych gusłach i zabobonnych leczeniach w ustawie pokutnej *„Poe-*

nitentiale" Teodora Canterburego: Mulier si ponit filiam suam supra tectum vel in fornacem pro sanitate febris quinque annos poeniteat. — Si mulier incanationes vel divinaciones fecerit diabolicas, annum poeniteat". Pomory, które od 9-go stulecia począwszy jako częstą klęskę kraju wspominają kronikarze, przypisywał lud w r. 1035 za księcia Bretislava, tudzież w r. 1161, zatruciu studzien przez żydów, z których kilku spalonych na stosie padło ofiarą tego uprzedzenia.

Innym razem znowu n. p. pod Wratyslavem II-gim wierzono, że choroba wybuchła skutkiem ukazywania się jakichś widm potwornych. (Fr. Kozdera: Brevis partium regni boh. hist. Wiedeń, 1825).

Od czasu wprowadzenia chrześciaństwa wykonywali sztukę lekarską już to duchowni, już to świeccy. Do pierwszych należy:

Thiddag, saksończyk, dawniej mnich i lekarz w Corvey, został biskupem praskim r. 998, † 1017, żył za książąt Bolesława III i Jaromira.

Biskup praski Izzo (1023—1030) dobroczyńca i lekarz biednych. Za takiego uchodził także dziekan katedralny Wyšehrada Wawrzyniec Laurenz (1264—1280).

W owym też czasie powstały chrześciańskie przytuliska przy zakonach. Powiadają, że już za czasów św. Wacława (928) miał istnieć zakład dla położnic na Małej Stronie praskiej.

Dla obcych i biednych przeznaczony był szpital Panny Maryi w Pradze, wzmiankowany pod rokiem 1135.

Lekarzów świeckich rozróżnić można na chrześciańskich i żydowskich. Ci ostatni, po największej części wychowańcy arabów, przyczynili się do rozkrzewienia ich nauki w środkowej Europie. Towarzyszyli oni wyprawom krzyżowym, byli między nimi i lekarze przyboczni papieżów. (Żyd Faragut-Ferragus był lekarzem Karola Andegao, króla neapol. w w. XIII. Papieże Juliusz II i III, Leo X, Klemens VII (1523—1534), Paweł III († 1549) mieli lekarzy żydowskich). Ze szkół przeważnie włoskich pochodzili chrześciańscy zwolennicy sztuki zbawiennej. Pomór, panujący w r. 1161 w Pradze, dał powód do rozbudzenia krwiożerczego fanatyzmu przeciw lekarzom żydowskiego wyznania. Z początku zarazę przypisywano wpływom powietrza, a w leczeniu brali zarówno udział chrześcianie i żydzi. Przypadek zrządził, że kilku znakomitszych lekarzów chrześcian uległo chorobie, przez co otrzymali przewagę ich towarzysze starozakonni. Niebawem zaczęła chodzić pogłoska, że śmiertelność pomiędzy chrześcianami się wzmogła i to takimi, którzy przed śmiercią nie okazywali znamionujących dymienic morowych, gdy tymczasem Izraelitów zmierało o wiele mniej. Lekarze wyznania mojżeszowego starali się zażegnać te niepokoje, tłómacząc te stosunki z konstelacyi gwiazd. Tymczasem zjechało kilku młodych lekarzy chrześciańskich ze szkół włoskich, a gdy pod ich opieką chorzy przychodzili do zdrowia, żydom zaś wielu umierało, to wnet uwierzono, że ci ostatni swoich chorych umyślnie trują. Wniesiono rzecz przed króla Władysława, który żydom leczyć zakazał. Zrazu omijano ten zakaz, zwłaszcza, że Izraelici pozyskali zaufanie wielu możnych, którym tajemnie porady udzielali. Lecz gdy magnat Božislav lekarzowi żydowskiemu umarł, sprawa smutny wzięła obrót. Uwięziono 23-ch lekarzów starozakonnych, na których męczarniami wyciśnięto zeznanie, że jedynie z nienawiści do chrześcian umówili się, aby z 3-ch chorych jednego tylko przy życiu zostawić, 2-ch zaś przez zatrucie napoju lub powietrza uśmiercać. W ten sposób miało paść ofiarą 3000 chrześcian. Król rozkazał wskutek tego spalić na stosie 86 lekarzów żydowskich przed bramą Wyższegohrada i zakazał używać ich posługi w chorobach, ani też brać od nich pokarmu i napoju. Nie pierwszy to raz zaciekły fanatyzm dla pomszczenia zbrodni urojonej popełnił zbrodnie okrutne rzeczywiste, bo krwawe morderstwo na ofiarach niewinnych. Czyż bowiem bez fanatycznego zaślepienia może kto przypuścić i uwierzyć w taką niesłychaną zmowę i zgodę między zazdrosnymi zwykle kolegami i to na swoją własną szkodę i zgubę, a dla celów nie mających związku ani z osobistą korzyścią, ani z zawodem lekarskim? Wszakże wyjątkowo mógłby się między lekarzami znaleść jakiś potworny zagorzalec religijny, ale by o takie zboczenie rozumu i serca oskarżać grono 86 ludzi, których ukształcenie, zawód i osobisty interes innemi natchnąć musiał zasadami, do tego zdolna była tylko zawiść, posługująca się ku zaspokojeniu swej mściwości tak gwałtownym środkiem, jak rozbudzenie fanatyzmu religijnego, w swej zapamiętałości depcącego i wywracającego najświętsze prawa sprawiedliwości i dającego się uwodzić lada pozorowi, choćby i najniedorzeczniejszemu. Wszakże bez sprawdzenia istoty czynu, bez dochodzenia, czy nastąpiło rzeczywiście otrucie, bez pytania, jakiej użyto trucizny do zarażenia powietrza i leku, poprzestano na gołem przyznaniu się prześladowanej ofiary, wyciśnionem mękami. Tymże samym sposobem wydusić można łatwo wynurzenia rzeczy niebywałych, niestworzonych, jak n. p. posądzane o czary niewiasty bredziły o wpieranych w nie stosunkach cielesnych z samym dyabłem. Sprawiedliwość z oburzeniem odpycha potępienia zbiorowe całych warstw ludności i domaga się od człowieka odpowiedzialności osobniczej, t. j. każdej osoby oddzielnej.

Pod r. 1248 wzmianka jest o lekarzach nadwornych, a pod r. 1249 o cyruliku Chunkonie na dworze Wacława I. (C. d. n.).

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

XIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie
odbyć się mający dnia 13, 14, i 15 lipca r. b.

Austryackie ministerstwo wojny zezwoliło na udział lekarzy wojskowych w Zjeździe chirurgów polskich. Spodziewamy się, że w ten sposób Zjazdy nasze, obejmujące coraz to szersze koła, ożywią się coraz bardziej i coraz doskonalej służyć będą wzniosłemu swojemu celowi: postępowi nauki.

Dotychczas zgłoszono następujące wykłady:

1. Bogdanik (Biała): O resekcyi stopy według własnej metody.
2. Tenże: O zbrodniczem spędzeniu płodu z demonstracyą przedziurawionej macicy.
3. Ciechanowski (Kraków): *Pneumatosis cystoides intestinorum* (z demonstracyami).
4. Tenże: Demonstracya preparatów z przypadku *lymphosarcomatosis* (*lymphoma malignum* Billrothi).
5. Gliński (Kraków): Gruczoły trawienne w górnej części przełyku, oraz ich znaczenie (z demonstracyą okazów makro- i mikroskopowych).
6. Borzymowski (Warszawa): Demonstracya przyrządu do podawania ligatur i nowego zamykadła do irygatorów.
7. Tenże: Szemat graficzny do badania chorych chirurgicznych dla studentów IV. roku medycyny.
8. Tenże: Trzy przypadki zszywania rany serca, oraz kilka modyfikacyj przy operacyach na sercu.
9. L. Rydygier *sen.* (Lwów): Kilka uwag o najnowszych zmianach zapatrywań w sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego.
10. Tenże: O zastarzałem zwichnięciu w stawie biodrowym z demonstracyą preparatu.
11. Tenże: O wysokim raku odbytnicy i jego leczeniu.
12. Herman (Lwów): O zmianach mikroskopowych w nerkach po zdjęciu torebki.
13. Tenże: Mięsak sieci, czy żołądka? (z demonstracyą preparatów).
14. Slęk (Lwów): Wyniki leczenia naczyniaków sposobem Hollandera (z przedstawieniem chorych).
15. Tenże: O guzach nerek.
16. Tenże: Uwagi o zapaleniu płuc po operacyach w znieczuleniu sposobem Schleicha.
17. A. Rydygier *jun.* (Lwów): O znieczulaniu tropokokainą sposobem Kozłowskiego.
18. Tenże: *Epithelioma labii superioris.*
19. Tenże: Niezwykła zawartość w przepuklinie wargi sromowej.

20. Jasiński (Lwów): Nasze wyniki po doszczętnych operacyach przepuklin i porównanie różnych sposobów używanych.

21. Karchezy (Lwów): Wyniki leczenia rozczynem karbolu z kamforą sposobem Chlumskyego.

22. Zieliński (Lwów): O ranach postrzałowych, z szczególnem uwzględnieniem ran postrzałowych śrutem.

23. Pawlicki (Lwów): O leczeniu rzyci sztucznej.

Proszeni jesteśmy o ogłoszenie następującego pisma:

W sprawie dyet za szczepienie.

Starostwa rozesłały w tym czasie zawiadomienie do lekarzy okręgowych i szpitalnych, że Wydział kraj. ustanowił dla nich dzienne dyety za czynność szczepienia po sześć koron.

Sądzimy, że interesowani koledzy, przyjmując obowiązek szczepienia, powinni już teraz wnieść do c. k. Namiestnictwa (na ręce starostwa) „zastrzeżenie prawa odwołania się w właściwym czasie do Sejmu przeciw temu zarządzeniu Wydziału Kraj." Następnie rzeczą interesowanych kolegów będzie postarać się, by rekurs ich „do laski marszałkowskiej" podpisał któryś z posłów sejmowych. Inaczej sprawa przed forum sejmowe wniesioną nie będzie. Wogóle, im więcej posłów sejmowych dla tej myśli pojedynczo pozyskanych zostanie, — tem rychlej ustaną zakusy Wydziału Kraj., aby zmniejszyć dyety za szczepienie.

Jakkolwiek oburzającym jest ukaz Wydziału Kraj. i jego spekulacya na wynagradzaniu najuboższych lekarzy, zwłaszcza okręgowych (gdyż ci nie pobierają nawet t. zw. kilometrowego, przyznawanego lepiej sytuowanym lekarzom szpitalnym), to jednak — „strejk" nie dałby się przeprowadzić. Wobec lekarzy okręgowych i szpitalnych posiada Wydział Krajowy atuty, które w tej grze zapewniłyby mu przewagę. Jedynie pozyskanie dla słusznej sprawy posłów sejmowych i opinii publicznej przez poruszenie sprawy w dziennikach — może zapewnić zwycięstwo w drodze legalnej. *Dr. Ość.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 18. czerwca.

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem koledzy: prof. Pieniążek i prof. Ciechanowski demonstrowali narzędzia i okazy anatomiczne, poczem kol. prof. Ciechanowski miał wykład p. t. „Pneumatosis cystoides intestinorum".

(L.) Dnia 14 czerwca odbyła się we Lwowie wstępna Konferencya komisyi organizacyjnej, wybranej przez wiec lekarzy lwowskich, z delegatami Towarzystwa Samopomocy lekarzy. Wzięli w niej udział: prof. Grz. Ziembicki jako przewodniczący, dalej: koll. Festenburg, Kučera, Mikołajski, Moszkowicz, Pawlikowski, Pilewski, Skałkowski, Uhma i Ziembicki (młodszy) ze strony komisyi lwowskiej, zaś ze strony Wydziału Tow. Samopomocy: wiceprezes Bogdanik i obaj sekretarze: Langie i Weinsberg. Wynik obrad przedstawia się bardzo pomyślnie dla sprawy ogólnej organizacyi lekarzy w kraju, gdyż nastąpiło zupełne porozumienie co do punktów zasadniczych między kolegami lwowskimi a krakowskimi; to też sprawa ułożenia szczegółowych warunków, na jakich nastąpi zlanie się zamierzonej przez kolegów lwowskich organizacyi z Tow. samopomocy już w najbliższych dniach będzie faktem dokonanym. Mianowicie, dnia 18 czerwca odbędzie się druga konferencya, tym razem w Krakowie, na którą przybędą delegaci lwowscy i tu przy uczestnictwie całego Wydziału Towarzystwa samopomocy ostateczna umowa podpisaną zostanie. Tutaj też nastąpi uregulowanie stosunku Towarzystwa samopomocy do postanowionego wydawania pisma, poświęconego obronie interesów stanu lekarskiego w całym kraju. Pismo to ma już w najbliższej przyszłości zacząć wychodzić we Lwowie, na razie poza Towarzystwem samopomocy lekarzy, jako przez nie subwencyonowane, co do czego nastąpiła już zgoda. Po konferencyi tej przystąpi lwowska komisya organizacyjna do energicznej agitacyi, tak w mieście Lwowie jak i w całej Galicyi, za masowem przystąpieniem kolegów do Towarzystwa samopomocy lek., zda sprawę z dotychczasowej akcyi na wiecu lekarskim, odbyć się mającym podczas zlotu sokołów we Lwowie, poczem zwołanem zostanie Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie (prawdopodobnie już w lipcu) dla uchwalenia koniecznych zmian statutu, przedyskutowanych i opracowanych wspólnie przez Wydział samopomocy lek. z lwowską komisyą organizacyjną.

* Zarząd Muzeum historycznego Wydziału lekarskiego Uniw. Jag. rozesłał I-sze Sprawozdanie za rok 1902. Muzeum już dziś posiada 1222 pozycyi i 1769 przedmiotów należycie skatalogowanych. Z d. 1 listopada b. r. zbiór będzie dostępny ostatniego dnia każdego miesiąca od godziny 10 do 12 przed południem dla publiczności i dla literackiego zeń korzystania. Muzeum mieści się na razie w klinice lekarskiej.

Zarząd, na czele którego stoi prof. Walery Jaworski, chcąc przyśpieszyć rozwój Muzeum, ogłosił odezwę, w której przedstawia jego cele i doniosłość zbiorów tego rodzaju, w których najdrobniejszy przedmiot, dziś obojętny, może nabrać w przyszłości wielkiej wartości i znaczenia.

Według ogłoszonego równocześnie szczegółowego programu, celem instytucyi tej jest przechowywanie przedmiotów, dotyczących profesorów, adjunktów, docentów, asystentów, demonstratorów Wydziału, oraz uczniów medycyny w czasie ich studyów, od najdawniejszych czasów, aż do dnia dzisiejszego, a mianowicie: 1) Publikacye naukowe. 2) Rękopisy i autografy. 3) Przyrządy, modele lub ich rysunki, jako też sporządzone preparaty. 4) Portrety, podobizny, fotografie, biusty. 5) Opisy, rysunki, plany i inne dokumenty, dotyczące dawnych i obecnych zakładów Wydziału lekarskiego, ich wewnętrzne urządzenie, regulaminy, personalia. 6) Prace wykonane w zakładach wydziału lekarskiego przez czasowo zajętych pracowników. 7) Biografie, nekrologi, ogłoszenia ślubne, krytyki, dyplomy, korespondencye, listy, bilety, jako też wszelkie pisma i ogłoszenia dotyczące czynności i zasług społecznych funkcyonaryuszów Wydziału lekarskiego. 8) Rzeczy pamiątkowe jak: otrzymane podarunki, odznaczenia, wyszczególnienia, zaproszenia i t. p.

Zbiór składa się z przedmiotów ofiarowanych i złożonych w depozycie. Równocześnie będą prowadzone zapiski ważniejszych wydarzeń, dotyczących rozwoju Wydziału. Nadto zbiera się do Muzeum tytuły dzieł, druków, rękopisów, rysunków, rycin, portretów, pamiątek i t. p., należących do funkcyonaryuszów Wydziału lekarskiego i spisuje się je w osobnej księdze w tym celu, aby z czasem można było wydać osobną bibliografię Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Dlatego zarząd Muzeum uprasza usilnie o nadsyłanie pełnych tytułów tych przedmiotów (ze wszystkimi szczegółami), jeśli niemożliwem jest nadesłanie oryginału. Wszystkie przedmioty przyjmuje i wydaje imienne pokwitowania przewodniczący zarządu prof. Walery Jaworski (Klinika lekarska U. J., ul. Kopernika 15).

* Pierwszy zeszyt I-go tomu podręcznika p. t. »Nauka o chorobach wewnętrznych«, wydanego pod redakcyą Prof. Walerego Jaworskiego w Krakowie, opuścił prasę i zawiera początek pracy p. t. »Choroby układu nerwowego«, napisanej przez profesorów Stan. Domańskigo i Jana Prusa. Sprawozdanie z tej pracy podamy, gdy zostanie ukończoną; narazie zaznaczamy, że pod względem typograficznym zeszyt ten nic nie zostawia do życzenia.

* Ministerstwo oświaty zatwierdziło uchwały Wydziałów lekarskich krakowskiego i lwowskiego, nadające *veniam legendi* Dr. Franciszkowi Ksaweremu Lewkowiczowi z zakresu pedyatryi w Krakowie i Dr. Teodorowi Bohosiewiczowi z dziedziny somatologii i dentystyki we Lwowie.

* Rada m. Nowego Sącza mianowała lekarzami miejskimi Dr. Tadeusza Płochockiego i Dr. Leona Silbermanna.

* Prezydyum Instytutu zapomogowego przy Związku rakuzkich Towarzystw lekarskich wyraża za naszem pośrednictwem podziękowanie tym kolegom, którzy podjęli się rozsprzedaży biletów loteryjnych, rozesłanych przed paru miesiącami przez Instytut zapomogowy lekarzom w Austryi. Tych zaś kolegów, którzy nie zamierzają zająć się tą rozsprzedażą biletów, a jednocześnie ich nie zwrócili, Instytut uprasza o odesłanie pod adresem: Wien I, Spiegelgasse, 15. Lotterie Kanzlei.

Staraniem Dr. Gerstla odbędzie się w Karlsbadzie d. 11 lipca tombola na rzecz funduszu zapomogowego Instytutu. Arcyksiąże Eugieniusz ofiarował na ten cel złoty zegarek.

* W Cieplicach Trenczyńskich z początkiem bieżącego sezonu oddano do użytku publicznego następujące zakłady: 1) wodoleczniczy; 2) dla mięsienia i gimnastyki leczniczej, zaopatrzony w oryginalne przyrządy Zandera, wreszcie 3) ubikacyę z przyrządem Röntgena.

* Kiedy przed kilku laty rząd Rzeczypospolitej francuskiej wydał ustawę, ograniczającą dotychczasową wolność korzystania z wyż-

szych zakładów naukowych, której użyczano we Francyi cudzoziemcom, pisaliśmy, że naród francuski pozbywa się dobrowolnie wpływu swego ducha na ludy całego świata, że ustawa ta, tak obca tradycyi francuskiej, jest nawskroś pruska, że wojna r. 1870 nie tylko pozbawiła Francyę dwóch prowincyi, lecz co gorsza, popchnęła naród francuski do wyparcia się stuletnich sztandarów i poddania karku pod kaudyjskie jarzmo pruskich idei rasowego egoizmu. *La Semaine médicale* ogłosiła notatkę statystyczną, z której wynika, że w r. 1893 było w Paryżu studentów medycyny cudzoziemców 1137, a w r. 1903 tylko 585. Spostrzerzono błąd, dziennikarstwo nawołuje do odwrotu; lecz czy w tego rodzaju sprawach odwrót jest możebny, zwłaszcza, że przytoczona wyżej ustawa nie jest jedyną przyczyną, dla której cudzoziemcy omijają dziś Francyę?

* Między 27—V a 2—VI doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w powiecie Chrzanowskim i Jarosławskim. W tymże czasie stwierdzono świeże przypadki duru osutkowego w m. Lwowie i w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim (2 gm.), czortkowskim (2 gm.), drohobyckim (1 gm.), horodeńskim (3 g.), jaworowskim (3 g.), kałuskim (3 g.), lwowskim (2 g.), mościskim (1 g.), myślenickim (1 g.), nadworniańskim (3 g.), niskim (2 g.), peczeniżyńskim (2 g.), podhajeckim (1 g.), przemyskim (1 g.), rawskim (2 g.), skałackim (1 g.), śniatyńskim (1 g.), stanisławowskim (2 g.), staro-samborskim (1 g.), stryjskim (2 g.), tarnowskim (1 g.), tłumackim (2, g.), trembowelskim (1 g.), złoczowskim (2 g.), żydaczowskim (1 g.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXI (24—30—V). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 20, urodziło się dzieci 80, zmarło osób 53, mianowicie: z gruźlicy 13 (6 zam.), z zapalenia płuc 3 (2 zam.), z błonicy 3 (2 zam.), z płonicy 2 (zam.), z cholery niemowląt 3 (1 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadzw. dermatologii w Turynie Giovannini mianowany profes. zwyczajnym. Prof. nadzw. sądowej medyc. Dr. Carrara mian. profesorem zwyczajnym w Cagliari na Sardynii.

Nekrologia. Umarli: Dr. Fr. Saxer, prof. nadzw. i prosektor anat. patol. w Lipsku. Dr. De Smeth, b. profesor psychiatryi w Brukseli. Dr. Dubler, b. prof. medycyny wewn., w Bazylei.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 23. Karwacki: Laseczniki wrzecionowate *(baccili fusiformes Vincenti)* i spiryle w cierpieniach jamy ustnej. Winiarski i Żenczykowski: Kilka przypadków wągrów i bąblowca mózgu, oraz uwagi o częstości różnych tasiemców w Warszawie (dok.). Hertz: Powikłania przy operacyi wyrośli adenoidalnych (dok.). Landau: Trzy przypadki połowiczego zaniku języka (dok.).

— *Medycyna* Nr. 23. W. Sterling: Przyczynek do badań nad chorobą Morwana i nad powstawaniem jam w rdzeniu. Leśniowski: Przyczynek do chirurgii kiszek (dok.).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 9. Wachholz: O sądowo-lekarskiem znaczeniu próby wątrobowej. Slęk: O operowaniu krwawnic (hemoroidów) sposobem Whitehead-Esmarcha.

— *Kronika lekarska* Z. 11. Motz: Leczenie rzeżączki przewlekłej.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 23. Tůma: Posunlivé srdce. Lhota: Posunlivé srdce. Ehler: Příspevek ku pathologii glykosurie. Stock: O léčeni tuberkulosy dle methody Landererovy (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 45. Bosc i Abadie: Czy w rzeczywistości istnieje botryomikoza? De Massary: Wiąd rdzenia, zwyrodnienie protoneuronów dośrodkowych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 23. Stuertz: Przypadek ciężkiego samozakażenia z kiszek. Pick: O niektórych godnych uwagi budowach guzów z patologii zwierząt, w szczególności o nowotworach dobrotliwych i rakowatych u zimnokrewnych. Schuster: Nauka o wypadkach a neuropatologia i ich wzajemny stosunek. London: Przyczynek do nauki o promieniach Becquerela i do ich fizyologiczno-patologicznego znaczenia Danelius i Sommerfeld: Leczenie suchot płucnych.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 23. Müller: Nowy sposób operacyjny leczenia oderwanej siatkówki. Erdmann i Winternitz: Proteinochrom, klinicznie i bakteryologicznie dotychczas niestosowany odczynnik barwikowy. Thost: Nowe doświadczenia nad istotą i leczeniem gorączki siennej. Leubuscher: Problematyczne przyczyny śmierci osesków. Wolff: Moczówka prosta. Saenger: Ograniczone gruźlicze zapalenie błon mózgowych. Iberer: Niebezpieczeństwo w kopalniach węgla z powodu tęgoryjca dwunastnicy. Krüger: Mięsienie gruczołu krokowego a białkomocz. Diehl: Przypadek guza powietrznego szyi. Reissig: Maska nosowa do chloroformowania. Jordan: Choroby płciowe a prostytucya.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 24. Panzer: Pojęcie „ciała białkowate". Posselt: Wpływ swoistych wsysań na aglutynacyę, oraz uwagi nad wartością rozpoznania surowiczego w durze i czerwonce. Schrötter: Bullinga sposób wdychiwań. Strubell: Yohimbina, jako lek znieczulający. Ullman: Przypadek zranienia jelit podczas dziurawienia macicy narzędziem.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 23. Czerny: Guzy i guzy rzekome w okolicy mięśni przywodzących. Schütze: Przypadek tężca głowy ze szczególną etyologią. Tilmann: O wycinaniu żuchwy. Ribbert: Patologia wyrostka robaczkowego. Kertész: W sprawie mechanizmu ścieśnienia jelit. Eicken: Wydobycie odłamka kości drogą naturalną z oskrzela dolnego płata płuca prawego. Longemann: Bezkrwawe leczenie Dupuytrenowskiego przykurczenia palców. Schumburg: Stosowanie spirytusu mydlanego do odkażania narzędzi chirurgicznych.

Nr. 24. Brieger i Diesselhorst: Badania ludzkiego potu. Rose: Nowa metoda operacyjna nieuleczalnych przetok pęcherzowo-pochwowych. Rothmann: Schorzenie sznurów bocznych a kurczowe porażenie rdzeniowe. Elsner: Kazuistyczny przyczynek do różniczkowego rozpoznania chorób przełyku a żołądka. Grossmann: Niezwykły przebieg żółciołojaka, sięgającego w zatokę i wywołującego tam zakrzep. Katz: Przygotowywanie skrawków dla drobnowidowego rozpoznania przy pomocy anestolu.

Redakcya otrzymała. Domański i Prus: Choroby układu nerwowego (Zeszyt I. »Nauki o chorobach wewnętrznych«). Popielski: Zur Physiologie des Plexus coeliacus. Clemm: Die Gallensteinkrankheit, ihre Häufigkeit, ihre Entstehung, Verhütung und Heilung durch innere Behandlung.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 24 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, *w klinice lekarskiej U. J.* posiedzenie nadzwyczajne. Na porządku dziennym: 1) Kol. prof. Edw. Korczyński mówić będzie „O drżączce"*(paralysis agitans)*. II. Kol. Dr. Latkowski: „O nowych sposobach badania dróg moczowych" i okaże kultury influency z przypadku, obserwowanego w klinice chorób wewnętrznych.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

L. 1502/1903. Jarosław, dnia 30 maja 1903.

KONKURS.

Wydział powiatowy Jarosławski rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą **w Moszczanach.**

Do okręgu tego sanitarnego należy 18 miejscowości z ludnością 15 202 dusz.

Lekarz okręgowy pobierać będzie płacę z funduszów powiatowych 1000 koron i ryczałt na koszta podróży ustanowiony przez Wydział krajowy 600 koron rocznie.

Pobory te płatne są w ratach miesięcznych z góry.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego muszą prócz dostatecznej fizycznej zdatności posiadać warunki wymagane w § 7 i 8 ustawy z dnia 28 lutego 1891 Nr. 17. Dziennika ustaw i rozporządzeń krajowych — mianowicie:

1) prawo obywatelstwa austryackiego;

2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonania praktyki lekarskiej.

3) nieskazitelny charakter;

4) znajomość języków krajowych;

5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Dostateczną fizyczną zdatność należy udowodnić świadectwem c. k. lekarza powiatowego lub też świadectwem lekarskiem potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego.

Obowiązki lekarza okręgowego są bliżej określone w instrukcyi służbowej nadanej na zasadzie § 14 ustawy krajowej Nr. 83 dziennika ustaw i rozporządzeń krajowych z dnia 31 grudnia 1891 roku.

Prócz tego będzie miał lekarz okręgowy obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Między kandydatami będą mieć pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Zauważa się przytem iż w Moszczanach utrzymują Siostry Miłosierdzia szpital.

Podania należy wnosić najpóźniej do 20 lipca 1903 do wydziału Rady powiatowej w Jarosławiu. Posada nadana zostanie tymczasowo na rok jeden, po upływie którego nastąpić może stabilizacya.

Z Wydziału Rady powiatowej.